

# **Retrato social das pessoas com demência no concelho de Vizela**

## **Mestrado em Gerontologia Social**

**Ilda Maria da Assunção Fonseca**

Dissertação a apresentar ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira e coorientação do Professor Doutor Óscar Manuel Soares Ribeiro.

Porto, outubro, 2014

*“A velhice é um outono, rico de frutos maduros; é também um inverno estéril, do qual se evocam a frieza, as neves, as geadas. Tem a serenidade das belas noites. Mas a ela também é atribuída a tristeza sombria dos crepúsculos “ (Beauvoir, Simone).*

## AGRADECIMENTOS

---

No término deste trabalho não poderia deixar umas palavras de profundo agradecimento a todos aqueles que me acompanharam neste percurso.

Começo por agradecer ao Professor Carlos Sequeira a prontidão e amabilidade com que aceitou o convite para ser meu orientador. Agradeço a disponibilidade, a amizade e a confiança. Fico feliz por constatar que os anos que passaram desde que nos conhecemos não tenham conseguido esbater as raízes que nos unem. Continuamos iguais a nós próprios como que os anos não tenham passado por nós.

Ao Professor Óscar Ribeiro pela compreensão, transmissão de saberes, incentivo e confiança manifestada.

Aos dois, o meu muito obrigado pelos ensinamentos e confiança que me transmitiram para a produção deste trabalho. Confesso que a prontidão e firmeza com que aceitaram a orientação da minha dissertação de Mestrado, gerou em mim grandes momentos de ansiedade pela vontade de não os querer desiludir, de conseguir a execução de um trabalho profícuo e que, de alguma forma, pudesse contribuir para um conhecimento mais alargado acerca da realidade da temática das demências. Sinto que enriqueci, considero-me uma privilegiada por ambos se terem cruzado no meu percurso profissional e académico.

Às entidades do concelho de Vizela, designadamente, Unidades de Saúde Familiares Physis e Novos Rumos, Santa Casa da Misericórdia, Centro Social de S. Miguel e Santa Eulália que desde o primeiro momento se disponibilizaram a colaborar, quer na identificação das pessoas a inquirir, quer na administração dos questionários. Agradeço a facilitação e a mediação dos contactos. Sem a sua colaboração e disponibilidade, a realização deste trabalho teria sido extremamente complexa. À Câmara Municipal de Vizela pela disponibilidade demonstrada na conciliação desta nova etapa de estudante com a atividade profissional.

Agradeço ainda às colegas de profissão, Carla Teles, Raquel Freitas e Clara Pacheco, a disponibilidade demonstrada na aplicação dos questionários nos equipamentos de apoio social a idosos. À colega Irene Costa, pela receptividade na interlocução com as Unidades de Saúde Familiares e à Márcia Gonçalves que se revelou uma excelente ajuda no manuseamento do Global Positioning System (GPS). À Isaura Martins, companheira e amiga de longos anos dos sucessos e desventuras do Serviço Social.

À minha filha, pelos momentos que não estive com ela. Espero que a minha determinação em aventurar-me neste percurso, nem sempre fácil, lhe sirva de exemplo e motivação para o seu percurso escolar.

Aos meus pais, que presentemente se encontram na “condição de idosos” e que, portanto me dão mais sensibilidade para estas questões. Agradeço os ensinamentos de vida e a importância que sempre deram ao meu percurso escolar.

## **PALAVRAS – CHAVE:**

---

Envelhecimento, demência, necessidades

## **RESUMO:**

---

É hoje sobejamente falado que o envelhecimento da população é uma característica das sociedades atuais. É uma constatação que se nasce cada vez menos e que se vive cada vez mais. A pirâmide etária está invertida, as gerações não se conseguem renovar. À data do último momento censitário realizado em 2011, Portugal apresentava uma população de 10.562.178 habitantes, sendo que 2.010.064 habitantes apresentavam idade igual ou superior a 65 anos. Face ao envelhecimento da população, o grupo dos idosos constituiu a parte mais afetada pelas doenças crónicas. A incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, patologias cardiovasculares ou as demências têm maior prevalência com o avançar da idade. Dados da Alzheimer Europe referem que o número de cidadãos europeus com demência é de 7,3 milhões. Em Portugal, estima-se que cerca de 153.000 pessoas tenham demência e que 90.000 deste universo tenham demência de Alzheimer. Especialistas dos estados-membros da União Europeia preveem ainda que estes dados dupliquem ou tripliquem em 2040. Face a este panorama, e tendo em conta a progressão lenta da doença, a incapacidade que provoca, os cuidados especializados necessários e a exigência ao nível da supervisão, observação e cuidados, a presente dissertação pretende constituir um documento de conhecimento acerca da realidade do concelho de Vizela no que às demências diz respeito. Pretende ainda refletir acerca das necessidades acrescidas que a problemática das demências acarreta, não só para o doente, mas também para aqueles que lhe estão e são mais próximos. Os dados apresentados resultam da análise das informações recolhidas junto de idosos e familiares e/ou principais cuidadores, através de uma investigação de carácter exploratório e descritivo. A análise dos dados, qualitativos e quantitativos, permitiu concluir que o ato de cuidar de pessoas com demência implica uma sobrecarga e desgaste físico e emocional dadas as necessidades acrescidas que esta patologia implica, por comprometer a associação de múltiplas funções do indivíduo a diferentes níveis: o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e a capacidade de decisão perante as atividades do dia-a-dia. Por conseguinte, a natureza da doença coloca problemas acrescidos, resultantes da escassez de conhecimentos médicos e científicos, tais como: dificuldades de diagnóstico, muitas vezes feito tardiamente, obstáculos no acesso a cuidados de saúde de alta qualidade e insuficiência de serviços/equipamentos de apoio social e ainda a insuficiência de legislação específica. Embora seja importante a estimulação cognitiva e/ou acompanhamento psicológico, estes aspetos são pouco referenciados pelos familiares e/ou cuidadores. Tal facto poderá decorrer da baixa escolaridade dos inquiridos, da carência de informação acerca da doença e mesmo da falta de encaminhamento/orientação para cuidados especializados por parte dos serviços médicos. O estudo mostra, ainda, que a família continua a ser a principal prestadora de cuidados aos idosos, sendo que é nos filhos e/ou no cônjuge que mais recai o ato de cuidar, o qual é descrito essencialmente como um dever/obrigação e como um ato de amor.

## KEY WORDS:

---

Ageing, dementia, needs

## ABSTRACT:

---

An ageing population is nowadays thoroughly recognised as one of the characteristics of modern society. There are less and less births and people live longer and longer. The age pyramid is reversed and generations cannot renew themselves. At the time of the last Census conducted in Portugal, in 2011, Portugal had a population of 10.562.178 inhabitants, 2.010.064 of whom were 65 years old or older. A consequence of this ageing population is that this age group is also more prone to chronic disease. Disease like blood hypertension, diabetes, cardiovascular pathologies or dementia show higher incidence rates as age evolves. Data from Alzheimer Europe states that 7.3 million European citizens suffer from dementia. In Portugal, it is estimated that around 153.000 people suffer from dementia, and from these, 90.000 suffer from Alzheimer's. Experts from the European Union predict that these numbers will double or even triple by 2040. Faced with this scenario, and considering the disease's length in character and slow progression, the state of incapacity it renders, the specialised care it demands and the standard of supervision, observation and care it implies, this present thesis intends to be a document of knowledge about the reality of the municipality of Vizela, as far as dementia is concerned. It also intends to ponder on the added needs that dementia means, not only for the patient, but also to those who are near. The data presented are a result of the analysis of information gathered near the elderly and their relatives and/or main caregivers, through an exploratory and descriptive research. Data analysis, quantity and quality, has allowed the conclusion that the act of caring for people that suffer from dementia implies an overload and physical and emotional strain, given the added needs this pathology implies, as it compromises the association of multiple functions of the individual on different levels: thought, orientation, understanding, calculus, learning ability, language and decision making skills when faced with day-to-day activities. As a result, the nature of this disease means more problems for these patients, derived from the lack of medical and scientific knowledge, such as: difficulties in diagnosis, often made late, obstacles in the access to high-quality healthcare and lack of facilities/equipment of social support, and also the insufficiency of specific legislation. Though cognitive stimulation and/or psychological support are important, they are little mentioned by relatives and/or caregivers. This may be a consequence of the low literacy level of the people who were inquired for this research, the want of information about the disease and even of the lack of direction/guidance to this type of care by healthcare services. This study shows that family is still the main caregiver to the elderly, and that this act of caring lies mostly on the children and spouse. This attitude of care giving is described essentially as a duty/obligation and as an act of love.

## MOTS - CLÉ:

---

Vieillessement, démence, besoins

## RÉSUMÉ:

---

De nos jours, on souvent du vieillissement de la population comme une caractéristique des sociétés modernes. C'est une constatation que l'on naît de moins en moins et que l'on vit de plus en plus. La pyramide des âges est inversée, les générations ne parviennent pas à se renouveler. Au moment du dernier recensement effectué en 2011, Portugal avait une population de 10.562.178 habitants, dont 2.010.064 étaient âgés de 65 ans ou plus. Compte tenu de la population vieillissante, le groupe des personnes âgées est le plus touché par le cadre des maladies chroniques. La fréquence des maladies comme l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou de démence sont plus fréquentes avec l'âge. Données d'Alzheimer Europe indiquent que le nombre de citoyens européens souffrant de démence est de 7,3 millions. Au Portugal, on estime qu'environ 153 000 personnes sont atteintes de démence et que 90 000 de cet univers ont la maladie d'Alzheimer. Les experts des états membres de l'Union Européenne prévoient également que ces données vont doubler ou tripler d'ici à 2040. Dans ce contexte, et en tenant compte du caractère long et de la progression lente de la maladie, le handicap qui elle provoque, les soins spécialisés nécessaires et l'exigence au niveau de la surveillance, de l'observation et des soins dont ils ont besoin, cette thèse vise à être un document de connaissance sur la réalité de la municipalité de Vizela en ce qui concerne les démences. Il vise également à réfléchir sur les besoins supplémentaires que la problématique des démences provoque, non seulement pour le patient mais aussi pour ceux qui lui sont plus rapprochés. Les données présentées résultent de l'analyse des informations recueillies auprès des personnes âgées et de la famille et / ou fournisseurs de soins primaires, à travers une enquête exploratoire et descriptive. L'analyse des données, qualitatives et quantitatives, permet conclure que le fait de prendre soin des personnes atteintes de démence implique une surcharge et une usure physique et émotionnelle, compte tenu des besoins accrus que cette condition implique, pour compromettre l'association de plusieurs fonctions de l'individu à différents niveaux cognitives (a pensée, l'orientation, la compréhension, la capacité de décision devant les activités du quotidien, etc. Ainsi, la nature de la maladie rend ces patients avec des problèmes accrus, résultant d'un manque de connaissances médicales et scientifiques, tels que: des difficultés de diagnostic, souvent tardif, obstacles à l'accès des soins de santé de qualité et le manque de services / équipements de soutien social et aussi l'échec d'une législation spécifique. Bien que la stimulation cognitive et/ou l'aide psychologique soient importantes, ces aspects sont mal référencés par les membres de la famille et/ou les soignants. Cela peut résulter de la faible scolarité des répondants, du manque d'information sur la maladie et même de défaut d'orientation pour ce type de soins spécialisés par les services médicaux. L'étude montre, également, que la famille reste le principal fournisseur de soins aux personnes âgées, et qui est sur les enfants et/ou conjoint qui tombe l'acte de soigner. La raison de cette attitude est décrite essentiellement comme un devoir/obligation et comme un acte d'amour.

## **SIGLAS:**

---

ADI - Alzheimer's Disease International

ADSE – Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

APA - American Psychological Association

APFADA - Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer

AVD - Atividades da Vida Diária

CCL - Comprometimento Cognitivo Leve

CRP - Constituição da República Portuguesa

DCC - Declínio da Capacidade Cognitiva

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental

GPS - Global Positioning System

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

IMERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MMSE - Mini Mental State Examination

OMS - Organização Mundial de Saúde

PARES - Programa de Alargamento da Rede Equipamentos Sociais

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

USF - Unidade de Saúde Familiares

**ÍNDICE:**

Introdução .....	12
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
1. Contextualização do envelhecimento .....	17
2. Envelhecimento e Desempenho Cognitivo .....	17
3. As demências .....	24
4. As necessidades da pessoa que envelhece com demência .....	28
5. A intervenção junto da pessoa com demência .....	32
<b>CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE VIZELA .....</b>	<b>38</b>
6. Enquadramento geográfico .....	38
6.1. População e território .....	39
6.2. Estrutura etária e sexo .....	41
6.3. Relação de masculinidade .....	43
6.4. Índice de envelhecimento .....	43
6.5. Índice de dependência total .....	44
6.6. Índice de sustentabilidade potencial .....	45
6.7. Estado civil .....	45
6.8. Nível de instrução .....	46
6.9. Famílias .....	48
<b>CAPÍTULO III – ESTUDO .....</b>	<b>51</b>
7. Objetivos .....	51
7.1. Tipo de estudo .....	52
7.2. População da amostra .....	53
7.3. Instrumentos .....	54
7.4. Procedimento de recolha de dados .....	56
7.5. Análise de dados .....	59
7.6. Considerações éticas .....	59
<b>CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
8. Caracterização da amostra .....	61
8.1. Caracterização sociodemográfica, económica e coabitação dos idosos com alterações cognitivas/demência .....	62
8.2. Caracterização mental, funcional e de dependência dos idosos com alterações cognitivas/demência ..	64
8.3. Caracterização do estado de saúde do idoso com alterações cognitivas/demência .....	68
8.4. Caracterização sociodemográfica, económica e social dos familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas/demência .....	71
8.5. Tipos de apoio recebidos .....	73
8.6. Acessibilidade aos serviços de saúde e de segurança social .....	80
8.7. Redes familiares: impacto da doença na esfera familiar .....	84
8.8. Situação económica do doente .....	89
8.9. Medidas consideradas importantes implementar para apoiar os idosos com alterações cognitivas/demências .....	90
<b>CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>91</b>
9. Discussão dos resultados e limitações do estudo .....	91
10. Conclusões .....	100
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>108</b>



## ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS:

Quadro 1 - Evolução do índice de envelhecimento em Portugal .....	16
Quadro 2 - Evolução da população residente em Portugal com 65 ou mais anos .....	17
Quadro 3 - Aspetos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento .....	20
Quadro 4 - Conceitos clínicos de declínio da capacidade cognitiva (DCC) durante o envelhecimento .....	22
Quadro 5 - Etiologia das demências .....	26
Quadro 6 - Estádios da evolução da demência .....	27
Quadro 7 - A importância do ambiente na satisfação das necessidades do doente com demência .....	30
Quadro 8 - Tipologias/nomenclaturas das respostas sociais do Instituto da Segurança Social .....	31
Quadro 9 - Indicadores da abordagem centrada na pessoa com demência .....	33
Quadro 10 - Principais modalidades de intervenção .....	34
Quadro 11 - Necessidades subjetivas das pessoas com demência .....	35
Quadro 12 - Necessidades fundamentais segundo o modelo de Virgínea Henderson .....	36
Quadro 13 - Evolução da população residente no município e freguesias, em 1991 e 2001 .....	39
Quadro 14 - Distribuição da população residente em Vizela por freguesia, em 2011 .....	40
Quadro 15 - Estrutura da população residente em Vizela por grupos etários e sexo, em 2011 .....	41
Quadro 16 - Evolução da população residente em Vizela por sexo e grupo etário, entre 2001 e 2011 .....	42
Quadro 17 - Evolução da população residente por freguesia em Vizela por grupo etário em 2011 .....	43
Quadro 18 - População residente em Vizela segundo o estado civil e sexo, em 2011 .....	46
Quadro 19 - População residente em Vizela segundo o nível de ensino mais elevado e completo, em 2001 e 2011 .....	46
Quadro 20 - Distribuição da população residente em Vizela segundo a freguesia por nível de ensino mais elevado e completo, em 2011 .....	48
Quadro 21 - Famílias clássicas e institucionais e taxa de variação por freguesia, em 2001, 2011 .....	49
Quadro 22 - Evolução das famílias clássicas em Vizela segundo a dimensão (pessoas residentes), entre 2001 e 2011 .....	50
Quadro 23 - Percentagem de famílias clássicas em Vizela segundo a dimensão, em 2011 .....	50
Quadro 24 - Caracterização inicial da amostra .....	61
Quadro 25 - Caracterização dos utentes não integrados na amostra.....	61
Mapa 1 - Mapa da nova unidade territorial do Vale do Ave .....	38
Esquema 1 - Componentes da função intelectual afetados pela demência .....	24
Organograma no procedimento de recolha de dados .....	58
Gráfico 1 - Evolução da população residente em Vizela, 1981 e 2011 .....	39
Gráfico 2 - Distribuição da população residente em Vizela por freguesia, em 2011 .....	40
Gráfico 3 - Densidade populacional em Vizela e freguesias, em 2011 .....	41
Gráfico 4 - Estrutura da população residente em Vizela por grupos etários em 1991, 2001, 2011 .....	42
Gráfico 5 - Distribuição da população residente em Vizela por sexo, 2011 .....	42
Gráfico 6 - Distribuição da população por sexo e grupo etário, em 2011 .....	43
Gráfico 7 - Índice de envelhecimento no município de Vizela, em 2011 .....	44
Gráfico 8 - Índice de dependência total no município de Vizela por freguesia, em 2011 .....	45
Gráfico 9 - Distribuição da população residente em Vizela segundo o estado civil, em 2011 .....	46
Gráfico 10 - Estrutura da população residente em Vizela segundo o nível de ensino mais elevado e completo, em 2001 e 2011 .....	47
Gráfico 11- Estrutura da população residente em Vizela por nível de ensino mais elevado e completo e sexo, em 2011 .....	47
Gráfico 12 - Dimensão média das famílias no município de Vizela e por freguesia, em 2001 e 2011 .....	49
Gráfico 13 - Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE .....	64
Gráfico 14 - Avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD), de acordo com o índice de Barthel ..	66
Gráfico 15 - Avaliação das atividades (AIVD), de acordo com índice de Lawton .....	67
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos com alterações cognitivas/demência .....	63
Tabela 2 - Caracterização socioeconómica dos idosos com alterações cognitivas/demência .....	63
Tabela 3 - Caracterização da coabitação dos idosos com alterações cognitivas/demência .....	64
Tabela 4 - Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE, por sexo .....	65
Tabela 5 - Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE, por idade .....	65
Tabela 6 - Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE, por escolaridade .....	65

Tabela 7 - Caracterização da amostra referente a ABVD, de acordo com o sexo .....	66
Tabela 8 - Caracterização da amostra referente a ABVD, de acordo com a idade.....	66
Tabela 9 - Avaliação das AIVDs, de acordo com índice de Lawton, segundo o sexo .....	67
Tabela 10 - Avaliação das AIVDs, de acordo com índice de Lawton, segundo a idade .....	67
Tabela 11 - Caracterização da amostra segundo o diagnóstico de demência .....	68
Tabela 12 - Caracterização do tipo de demência .....	68
Tabela 13 - Caracterização das principais alterações cognitivas/demenciais, segundo a perspetiva do familiar e/ou principal cuidador .....	69
Tabela 14 - Caracterização do tipo de alteração, segundo o grau de gravidade .....	69
Tabela 15 - Caraterização da duração da sintomatologia .....	70
Tabela 16 - Caracterização das principais dificuldades com que os idosos se confrontam no seu dia-a-dia .	70
Tabela 17 - Caracterização sociodemográfica dos familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas/demência .....	71
Tabela 18 - Caracterização socioeconómica dos familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas/demência .....	72
Tabela 19 - Caracterização da relação de parentesco dos familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas/demência .....	73
Tabela 20 - Caracterização do tipo de apoio recebido nas atividades de vida diária .....	74
Tabela 21 - Caracterização das necessidades do idoso no seu quotidiano .....	75
Tabela 22 - Caracterização do tipo de serviço recebido .....	76
Tabela 23 - Caracterização do tempo de utilização serviço/equipamento .....	76
Tabela 24 - Caracterização do serviço prestado no âmbito do SAD .....	77
Tabela 25 - Caracterização do serviço prestado no âmbito do centro de dia .....	77
Tabela 26 - Caracterização do serviço prestado no âmbito do lar .....	78
Tabela 27 - Caracterização da periodicidade dos serviços prestados no âmbito do SAD .....	78
Tabela 28 - Caracterização da avaliação dos serviços .....	79
Tabela 29 - Caracterização do estatuto das entidades prestadoras dos serviços .....	79
Tabela 30 - Caracterização das mensalidades pagas pela utilização/frequência dos serviços .....	79
Tabela 31 - Caracterização dos serviços contemplados no valor da mensalidade .....	80
Tabela 32 - Caracterização da frequência das visitas aos idosos que se encontram integrados em lar.....	80
Tabela 33 - Caracterização dos serviços de saúde a que o idoso recorre .....	81
Tabela 34 - Caracterização da frequência com que recorre aos serviços .....	81
Tabela 35 - Caracterização do subsistema de saúde .....	82
Tabela 36 - Caracterização dos apoios/serviços de saúde recebidos .....	82
Tabela 37 - Caracterização da consulta de especialidade a que mais recorre .....	82
Tabela 38 - Caracterização dos apoios dos serviços de saúde dados aos familiares/cuidador principal .....	83
Tabela 39 - Caracterização do tipo de apoios recebidos pelos serviços de saúde .....	83
Tabela 40 - Caracterização dos apoios recebidos pelos serviços da segurança social .....	83
Tabela 41 – Caracterização do tipo de apoios recebidos pelos serviços da segurança socia.....	84
Tabela 42 - Caracterização do tempo de prestação de apoio ao idoso .....	84
Tabela 43 - Caracterização do tipo de cuidado prestado no âmbito das AVD .....	85
Tabela 44 - Caracterização do horário laboral do familiar/principal cuidador .....	85
Tabela 45 - Caracterização do tipo de vínculo profissional .....	85
Tabela 46 - Caracterização das faltas dadas ao trabalho pelo principal cuidador nos últimos seis meses ....	86
Tabela 47 - Justificação de faltas do principal cuidador .....	86
Tabela 48 - Medidas que toma para faltar .....	87
Tabela 49 - O tempo despendido com o idoso afeta a vida pessoal .....	87
Tabela 50 - De que forma o tempo despendido com o idoso afeta a vida do cuidador .....	87
Tabela 51 - Caracterização dos principais motivos que levaram a cuidar do idoso .....	88
Tabela 52 - Caracterização das principais implicações positivas .....	88
Tabela 53 - Caracterização das implicações negativas .....	89
Tabela 54 - Caracterização das necessidades do idoso de acordo com o prestador .....	90

O presente trabalho foi escrito e as citações adaptadas segundo as regras do Novo Acordo Ortográfico.

As referências bibliográficas foram elaboradas segundo as orientações emanadas pela American Psychological Association (APA).

## INTRODUÇÃO

---

Nascer, crescer, reproduzir-se e morrer são factos que fazem parte da espécie humana. O envelhecimento demográfico é um dos fenómenos sociais mais marcantes da atualidade, caracterizado por um aumento da proporção das pessoas idosas em detrimento da população jovem, um pouco por todo o mundo. As necessidades e exigências motivadas por esta nova tendência têm importantes repercussões em todas as esferas da sociedade pelos desafios que acarretam.

O envelhecimento populacional ocorre de forma diferente em cada país, dependendo de alguns indicadores, como sejam: a taxa de fecundidade, natalidade, migração e mortalidade, assim como da influência de fatores económicos, sociais e culturais. Especificamente no contexto europeu *“a baixa taxa de natalidade é um fator preponderante apontado como a causa do envelhecimento da população, derivado das alterações dos estilos de vida, incerteza quanto ao futuro, entrada da mulher no mundo do trabalho, idade tardia do primeiro filho e alteração dos padrões comportamentais, como por exemplo, alterações na forma como se encaram os filhos. Estes fatores têm sido reflexo no número de filhos por mulher e no declínio da fecundidade. O aumento da esperança média de vida é igualmente uma tendência que se regista, e que aliada ao apontado anteriormente resulta no envelhecimento da população europeia”* (Leão, 2011: 12).

Por conseguinte, o tema do envelhecimento da população tem vindo, nos últimos anos, a merecer o interesse e a constituir assunto de debate da sociedade e dos diversos Governos. É, de facto, inegável o número cada vez mais acentuado de pessoas com mais de 60 anos, o aumento da esperança média de vida, associado a uma maior longevidade deste grupo populacional e a uma constante diminuição do número de nascimentos e, consequentemente, a redução de pessoas em idade produtiva. Tal facto decorre de, ao longo das últimas décadas, os diversos países terem passado, ou estarem a passar, por uma transição demográfica. *“Verificamos, pois, que a Europa segue a tendência mundial de envelhecimento. O fenómeno de globalização do envelhecimento está-se a refletir na população europeia através dos elevados valores da população com mais de 65 anos, indicando as projeções que estes números tendem a aumentar nos próximos anos. Estas alterações demográficas trazem consequências socioeconómicas para os países europeus requerendo a implementação de políticas eficazes na resposta a estas mutações”* (Leão, 2011:38). As consequências de tal situação provocarão um aumento dos custos com os cuidados de saúde devido ao maior número de idosos, bem como ao aumento dos gastos com os reformados pela sua maior expressividade numérica e pela redução do número de pessoas ativas no mercado de trabalho.

Com a esperança média de vida a aumentar, também o número de situações de doenças relacionadas com o envelhecimento aumentam. Exemplo disso são as situações de demência diagnosticadas, dado ser uma doença cuja prevalência está essencialmente associada à idade. *“Na realidade, dos cerca de milhão e meio de idosos que fazem parte da nossa população, mais de 70.000 são afetados por um processo demencial, na sua maior parte: a doença de Alzheimer ou um quadro afim. E mais 12.000 casos novos surgem todos os anos. Estes números continuarão a crescer, nos próximos anos, principalmente devido ao prolongamento da esperança média de vida em resultado dos progressos sanitários e do melhor controlo dos flagelos tradicionais”* (Barreto, 2010: Prefácio).

De um modo geral, a demência é a doença que implica um maior número de anos vividos com incapacidade e implica enormes custos pessoais e sociais, apesar de ainda não lhe ser dada a importância que lhe é devida. Poucos Governos fizeram das demências uma prioridade de saúde, e, por tal facto, os planos de ação elaborados e globais quase não existem (Alzheimer Portugal, 2009). Assim, constata-se que há ainda grandes investimentos a fazer, não só a nível da população em geral, incentivando e ensinando mudanças ao nível do estilo de vida que podem em muito, contribuir para retardar o início da demência e, consequentemente, adiar situações de dependência e incapacidade; mas também ao nível da intervenção social, nomeadamente na comunidade, na família/nos cuidadores informais, nos equipamentos de apoio social e em novos modelos de prestação de cuidados.

Para melhor se perceber a dimensão deste problema, refira-se que, no ano de 2009, existiam a nível mundial 35.000.000 casos de demência; a nível europeu, 7.300.000 e em Portugal 153.000 (Lemos, 2013). Segundo dados do Plano Nacional para a Saúde Mental, os *“distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12 % da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23 % nos países desenvolvidos”* (Direção Geral de Saúde, 2013: 5). O mesmo estudo refere, ainda, que das doenças neuropsiquiátricas, a demência representa 1,6% das perturbações que maior incapacidade a longo prazo e dependência acarretam. Decorrente desta situação, idosos e suas famílias manifestam crescentes necessidades de apoio. Embora represente um progresso a nível de cuidados de saúde, o aumento da esperança média de vida, a perda de autonomia dos mais idosos e o surgimento de necessidades específicas, sobretudo provenientes da demência, exigem mais apoios sociais. *“Doentes com demência em estádios graves podem precisar de muito suporte e cuidados pessoais nas atividades de vida diária (AVD), precisando alguns de supervisão permanente, sendo necessário responder a estas necessidades e monitorizar a sobrecarga dos cuidadores, procurando resolver prontamente os problemas emergentes. A ajuda regular nas atividades domésticas e nos cuidados pessoais podem melhorar consideravelmente a qualidade de*

*vida. O suporte emocional e o aconselhamento dos cuidadores são também importantes, sendo mais eficazes quando tentados fora dos momentos de crise” (Leuschner, 2005: 164).*

A presente dissertação pretende constituir um contributo para a reflexão acerca da problemática das demências e seus cuidados, uma vez que o conhecimento empírico nos diz que a sociedade em si ainda não lhe reconhece a importância e o tratamento que lhe é devido, sendo tal facto notório na inexistência e/ou existência insuficiente de estruturas/serviços de apoio. Do ponto de vista estrutural, a presente tese encontra-se dividida em cinco capítulos. O **capítulo I**, reporta-se ao enquadramento teórico, e faz uma contextualização do envelhecimento e da sua relação com o desempenho cognitivo e demências, bem como as repercussões fisiológicas, cognitivas e sociais que esta patologia implica. É ainda efetuada uma breve contextualização relativamente às demências, as necessidades que lhe estão associadas do ponto de vista dos cuidados, assim como aos diferentes tipos de intervenção junto das pessoas com demência. No **capítulo II**, apresenta-se uma breve caracterização do concelho de Vizela, dado ser o território em estudo. O **capítulo III** é dedicado ao contributo empírico, abordando-se os objetivos, o tipo de estudo desenvolvido, a população e amostra, os instrumentos, os procedimentos de recolha de dados e a sua análise, bem como as considerações éticas levadas em conta em todo o processo de investigação. Nos **capítulos IV e V**, desenvolve-se, respetivamente, a apresentação e discussão dos principais resultados, a conclusão e uma síntese dos principais contributos da presente investigação.

Será importante referir que ao longo do trabalho será utilizada a designação de pessoa com demência para descrever os idosos que se encontrem a ser assistidos no concelho de Vizela e com alterações cognitivas. A nossa intenção é centrar-nos em exclusivo nas pessoas com demência, no entanto, por dificuldades várias, sabemos que existem pessoas na comunidade com queixas compatíveis com demência, mas não têm no seu processo clínico este diagnóstico. Por isso, e por prudência, colocamos pessoas com alterações cognitivas, mas, na realidade, estamos a referir-nos às pessoas com demência, daí a utilização deste termo.

# CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO

---

O envelhecimento da população constitui um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas no século XXI. As estatísticas demográficas demonstram que este fenómeno ocorre a nível mundial, com especial incidência nos países desenvolvidos. *“A introdução dos antibióticos e a melhoria das condições de vida e de cuidados médicos a nível mundial aumentaram a esperança de vida, e consequentemente, a população acima dos 60 anos. O aumento da esperança de vida não tem sido compensado por um aumento da taxa de natalidade. Por essa razão, os problemas sociais e económicos relacionados com o envelhecimento assumem uma importância muito particular na atualidade”* (Garrett, 2005: 227).

É um facto inquestionável que a segunda metade do século XXI da história da demografia europeia ficará extremamente ligada ao constante crescimento da população idosa, e que tal aspeto não ocorrerá unicamente no território europeu, mas alargar-se-á por todo mundo. Também será verdade que este século ficará pautado pela existência de profundas transformações neste grupo populacional, dadas as necessidades que passará a ter no decorrer do processo de envelhecimento.

Atualmente, residem em Portugal 2,023 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, o que representa 19% da população total. Na última década, o número de idosos cresceu cerca de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados na década de 1960, e com os 16% da década anterior (INE, 2011).

Os dados dos últimos censos apontam igualmente, para o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. As causas principais residem, hoje, na baixa natalidade que se verifica entre os portugueses, que tem aumentado nos últimos anos e que já não assegura a renovação das gerações, e o aumento da longevidade, pelo que, atualmente, o número de idosos ultrapassa o das crianças. Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que, em 2060, residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem (INE, 2009). O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2012, este situava-se nos 129,4 o que significa que, por cada 100 jovens, existiam 129 idosos (PORDATA, 2012). Tal facto é

demonstrativo do acentuar do predomínio da população idosa sobre a população jovem, motivado sobretudo pela diminuição da taxa de natalidade e pelo progresso de investigação clínica e, consequentemente, a diminuição da taxa de mortalidade (ver quadro 1). Será ainda importante referir que os valores referentes ao índice de envelhecimento em Portugal quase que quintuplicaram no período compreendido entre 1960 e 2011.

**Quadro 1 – Evolução do índice de envelhecimento em Portugal**

Ano	Índice de envelhecimento
1960	27,3
1970	34
1981	44,9
1991	68,1
2001	102,2
2011	125,8
2012	129,4

Fonte: INE/PORDATA (2012)

Pela análise do quadro 2, pode-se constatar que a população residente em Portugal tem vindo a oscilar desde a década de 60. Em 1960, a população residente em Portugal era de 8.889.392 habitantes para, na década seguinte, apresentar uma diminuição de 278.267 habitantes. Tal decréscimo poderá ser explicado pela decorrente intensificação do processo emigratório que se verificou nesse período. Na década seguinte, foi patente um acréscimo populacional resultante do retorno das ex-colónias, assim como nas décadas seguintes, resultado dos fluxos imigratórios e do aumento da população idosa. Os dados existentes sobre o envelhecimento demográfico em Portugal apontam para uma significativa diminuição do número de crianças e jovens (0 -14 anos de idade), e um aumento das pessoas mais velhas (65 ou mais anos de idade). Tal situação é constatada através dos dados da Revista de Estudos Demográficos (2007) do INE uma *“análise mais detalhada permite verificar que entre 1960 e 1970 o processo de envelhecimento da população portuguesa resultou da baixa população em idade ativa decorrentes de fortes fluxos emigratórios ocorridos. Em contrapartida, nos anos mais recentes, a inversão do saldo migratório devido às fortes correntes imigratórias determinou que apenas a queda da população jovem influenciasse o agravamento do fenómeno. (...). Assim, no período de projeção (2005-2050) apenas a população idosa continuará a aumentar: 1,1% ao ano se considerarmos os de 65 e mais anos e 2,2% considerando os de 85 e mais anos. O que se verifica também é que o ritmo de crescimento tendem a abrandar, o que acontece naturalmente dado que a população já atingiu um elevado grau de envelhecimento. O mesmo se verifica com o decréscimo dos jovens, cujo ritmo diminui”* (INE, 2007: 25).



Quadro 2 – Evolução da população residente em Portugal com 65 ou mais anos

Portugal	1960	1970	1981	1991	2001	2011
População residente	8.889.392	8.611.125	9.833.014	9.867.147	10.356.117	10.562.178
População com 65 ou mais anos	708.569	832.760	1.125.458	1.342.744	1.693.493	2.010.064

Fonte: INE, PORDATA (2011)

À data do último momento censitário realizado em Portugal, em 2011, a população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal era de 2.010.064 idosos, o que equivale a dizer que a população desta faixa etária tem vindo a crescer exponencialmente ao longo das últimas décadas.

## 2. ENVELHECIMENTO E DESEMPENHO COGNITIVO

O processo de envelhecimento traz consigo significativas alterações, designadamente o enfraquecimento dos músculos e perda de inúmeras funções corporais e intelectuais. Contudo, nem todas as funções biológicas declinam ao mesmo tempo e nem todos os idosos apresentam declínio das funções cognitivas que possam constituir doença.

É contudo verdade que o número de pessoas idosas que manifestam queixas de perturbações cognitivas, sobretudo ao nível da memória, tem aumentado significativamente. *“Em décadas recentes, a população dos países industriais desenvolvidos tem tido um acentuado prolongamento da expectativa de vida. O aspeto perturbador deste avanço é o aumento alarmante da prevalência de doenças cerebrais degenerativos associados à idade”* (Petersen, 2004: 149). Tal facto é decorrente da atenção que cada vez mais se dá ao problema junto dos mais velhos, quer seja por parte dos profissionais de saúde, quer seja por parte dos familiares e/ou dos próprios idosos. A avaliação cognitiva, perante determinados sinais de alerta, deverá ser entendida como um importante instrumento na deteção e caracterização de uma possível demência.

As funções cognitivas, como por exemplo a memória, a atenção, a linguagem, o raciocínio e a perceção, permitem-nos efetuar as diferentes atividades do nosso quotidiano. São elas a base de todo o pensamento, da ação e da comunicação e de todo o desenvolvimento intelectual do ser humano, já que fazem parte de todo o processo de aquisição do conhecimento. *“As alterações cognitivas (memória, orientação no tempo e no espaço, linguagem, planeamento, juízo crítico, apraxia e agnosia, entre outras) interferem na capacidade do doente de exercer a sua profissão, de planear a sua vida quotidiana, de lidar com diversos instrumentos que fazem parte do funcionamento social e até das atividades básicas da vida diária. O doente vai perdendo*

*progressivamente a sua independência, necessitando cada vez mais de ajuda de terceira pessoa”* (Garret, 2005: 227).

O envelhecimento é um processo natural, que advém da evolução degenerativa das células vivas, que é comum a todas as pessoas e que se manifesta pelas perdas progressivas de capacidades. Atchley (2000), citado por Simões define o envelhecimento como *“um conjunto de processos de natureza física, psicológica e social que, com o tempo, produzem mudanças na capacidade de funcionamento dos indivíduos e influenciam a sua definição social”* (Simões, 2006: 30-31). Trata-se, portanto, de um processo que pressupõe alterações no indivíduo a diferentes níveis, quer sejam físicas, psicológicas e sociais. Tais alterações são naturais e progressivas, podendo verificar-se em idades mais precoces ou mais avançadas, e em maior ou menor intensidade, dependendo das características genéticas e, fundamentalmente, do modo de vida de cada indivíduo. *“Um envelhecimento “bem sucedido”, “satisfatório” ou “ativo” não depende exclusivamente de fatores como a sorte ou o património genético. Depende de cada um de nós, das ações e responsabilidades individuais. A saúde, mas também os padrões comportamentais e os afetos, as amizades e os contextos de vida, o tempo socioeconómico e histórico que experienciamos, tendem a confundir-se com os resultados dos percursos individuais, num balanço constante entre os fatores da pessoa e do meio, mediados por significados e valores”* (Ribeiro & Paúl, 2011: 1).

A qualidade do bem envelhecer é uma opção individual mas também dependente do trajeto de vida de cada indivíduo e das suas circunstâncias, isto é, das condições económicas, políticas e culturais que determinaram as oportunidades do indivíduo ao longo de toda a sua vida. O próprio modelo de envelhecimento ativo preconizado pela OMS refere que este *“depende, assim, de uma diversidade de fatores designados de “determinantes” os quais são de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde), económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), do meio físico (acessibilidades a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso), e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade)”* (Ribeiro & Paúl, 2011: 2).

Envelhecer *“é, certamente, o fenómeno biológico mais equitativamente partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam muito depressa, outros de uma forma muito mais lenta e outros, ainda, pareçam não sofrer de senescência. O envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam”* (Ladislav, 1995: Prefácio).

O envelhecimento acarreta, inevitavelmente, alterações a diferentes níveis, quer sejam de ordem física, biológica ou psicológica. É, portanto, necessário adotar, ao longo da vida, hábitos alimentares saudáveis, praticar exercício físico e vigiar com regularidade a saúde. Ao nível intelectual, as funções cognitivas devem ser estimuladas: a memória, a atenção e o raciocínio, através do exercício da leitura, fazer e/ou executar jogos estimulantes, escrever e/ou ter uma atitude crítica perante a realidade que nos rodeia. E, acima de tudo, deveremos conseguir manter ao longo de toda a nossa existência uma atitude positiva acerca de nós próprios, mesmo quando o eventual declínio físico se começa a manifestar (Sève, 2010).

Se é inegável que a conquista da longevidade constitui um bem pessoal e coletivo, também não se pode ignorar toda esta problemática individual e populacional associada ao envelhecimento. Assim, torna-se importante criar condições para que a pessoa, ao viver mais tempo, possa fazê-lo com mais qualidade e, conseqüentemente, mais satisfeita com a vida.

A velhice é um período normal do ciclo vital caracterizado por algumas mudanças físicas, mentais e psicológicas. É importante fazer essa consideração, pois algumas alterações nesses aspetos não indiciam necessariamente uma doença. *“Nos idosos, a prevalência de depressão pode aumentar devido ao peso de certos fatores de risco que, frequentemente, se acentuam com a idade e que, nalguns casos, podem ser modificados (como por exemplo a solidão, a impotência funcional causada por doenças crónicas ou a perda de mobilidade por medo de cair)”* (Marques, 2011: 43).

Ainda de acordo com este autor, há alguns transtornos que são mais comuns em idosos, como sejam: os transtornos depressivos e cognitivos, as fobias ou ainda os transtornos associados ao consumo de bebidas alcoólicas e dependência de fármacos. Muitas destas perturbações poderão ser evitadas, atenuadas ou mesmo revertidas, caso o idoso tenha um acompanhamento médico adequado e se saiba adequar a esta nova fase da sua vida. Deverá ainda referir-se que diversos fatores psicossociais de risco também podem predispor os idosos a transtornos mentais, são eles: a perda de papéis sociais, perda da autonomia, morte de amigos e parentes, saúde frágil, isolamento social ou, por exemplo, diminuição de rendimentos. A este propósito, Costa (2005) refere que o processo de envelhecimento implica *“uma adaptação a alterações na vida quotidiana. Estas mudanças podem traduzir-se pela perda de velhas rotinas, da «saúde de ferro» com que sempre se viveu, ou inclusive pela morte de entes queridos. A reforma é outra mudança característica desta fase do ciclo de vida, sucedendo que frequentes vezes abandona-se o mercado de trabalho sem planeamento de atividades alternativas e cai-se no isolamento (físico e psicológico) e na perda das relações sociais”* (Costa, 2005: 157).

Assim, o grau de dependência, o estado cognitivo e o estado emocional são considerados como indicadores importantes na qualidade de vida dos idosos. O envelhecimento biológico está ligado ao envelhecimento orgânico, pelas modificações que o corpo vai sofrendo com o decorrer dos

anos e que “(...) se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações no nosso aspeto, tal como a forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele(...)” (Fontaine, 2000: Prefácio). O envelhecimento psicológico diz respeito às “competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças de ambiente constitui as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento” (Fontaine, 2000: 25). Finalmente, o envelhecimento social, refere-se à mudança de estatuto originada pela passagem à reforma no qual o “ indivíduo passa da categoria dos trabalhadores, dos ativos ou dos assalariados à dos reformados, dos inativos ou da terceira idade. (...) Certas pessoas consideram-no como uma morte social, como se fossem postas de lado, o que se faz acompanhar de um sentimento de inutilidade social” (Fontaine, 2000: 25).

Face ao exposto, podemos, dizer que as pessoas envelhecem de formas muito distintas, que podem ser muito diferentes da idade cronológica. Há, contudo, determinadas aspetos que se vão alterando ao longo do processo de envelhecimento (quadro 3).

**Quadro 3 – Aspetos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento**

	Externas	Internas
<b>Aspeto físico – Tipo de alterações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bochechas enrugadas e embolsadas;</li> <li>- Manchas escuras na pele;</li> <li>- Diminuição da produção de células, a pele perde a tónus, tornando-se flácida;</li> <li>- Surgimento de verrugas;</li> <li>- Alargamento do nariz;</li> <li>- Olhos mais humedecidos;</li> <li>- Aumento na quantidade de pelos nas orelhas e no nariz;</li> <li>- Ombros mais arredondados;</li> <li>- As veias destacam-se sob a pele dos membros e enfraquecem;</li> <li>- Encurvamento postural devido a alterações da coluna;</li> <li>- Diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endurecimento dos ossos;</li> <li>- Atrofiamento dos órgãos internos, reduzindo o seu funcionamento;</li> <li>- O cérebro perde neurónios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente;</li> <li>- O metabolismo fica mais lento;</li> <li>- A digestão fica mais lenta;</li> <li>- A insónia aumenta, assim como a fadiga durante o dia;</li> <li>- A visão de perto piora devido à falta de flexibilidade do cristalino; a perda de transparência (catarata), se não operada, pode provocar cegueira;</li> <li>- Degeneração das células responsáveis pela propagação dos sons do ouvido interno e da estimulação dos nervos auditivos;</li> <li>- Arteriosclerose provocada pelo endurecimento das artérias;</li> <li>- Diminuição do olfato e paladar.</li> </ul>
<b>Aspeto psicológico – Tipo de alterações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade de se adaptar a novos papéis;</li> <li>- Falta de motivação e dificuldade de planear o futuro;</li> <li>- Necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais;</li> <li>- Dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas;</li> <li>- Depressão, hipocondria, somatização, paranoia e suicídios;</li> <li>- Baixas autoimagem e autoestima.</li> </ul>	
<b>Aspeto social – Tipo de alterações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crise de identidade provocada pela falta de papel social, o que levará a perda de autoestima;</li> <li>- Mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade.</li> <li>- Aposentadoria, já que hoje, ao aposentar-se, ainda restam, à maioria das pessoas, muitos anos de vida; portanto, elas devem estar preparadas para não acabarem isoladas, deprimidas e sem rumo.</li> <li>- Perdas diversas, que vão da condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia.</li> <li>- Diminuição dos contactos sociais, que se tornam reduzidos em função das possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e a realidade da violência nas ruas.</li> </ul>	

**Fonte:** Zimerman (2000: 21-25)

O aumento do número de pessoas idosas originou um problema novo na sociedade, o da psicopatologia da idade avançada, verdadeiro desafio do século XXI. *“Em décadas recentes, a população dos países industriais desenvolvidos tem tido um acentuado prolongamento da expectativa de vida. O aspeto perturbador deste avanço e o aumento alarmante da prevalência de doenças cerebrais degenerativas associadas à idade. As etiologias de muitas destas doenças são ainda desconhecidas. O estudo destas doenças exige o conhecimento pormenorizado das alterações do cérebro relacionadas com a idade, de forma a permitir uma distinção clara das lesões relacionadas com a doença”* (Petersen, 2004: 149).

O declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento ou de um estágio de transição para as demências. O envelhecimento acarreta alterações na velocidade de processamento das informações, propiciando um tempo maior para o tratamento/organização de “dados”, designadamente, ao nível da leitura, compreensão e memorização. O quadro 4 permite-nos constatar que, ao longo das últimas décadas, os conceitos relativos ao declínio da capacidade cognitiva (DCC) durante o processo de envelhecimento têm vindo a sofrer alterações. Assim, as primeiras definições caracterizam a DCC dentro dos padrões do processo fisiológico do envelhecimento normal. De seguida, aparecem outros conceitos, cujo objetivo visava classificar diagnosticamente indivíduos com maior risco de desenvolver determinadas formas de demência. O quadro 4 permite-nos efetuar uma comparação entre os conceitos clínicos utilizados de DCC durante o processo de envelhecimento e constatar que, dentre os conceitos clínicos apresentados, o comprometimento cognitivo leve (CCL) é aquele que mais tem sido utilizado. Segundo a Academia Americana de Neurologia o diagnóstico de CCL poderá ser um ponto de partida para o estabelecimento da definição da barreira do envelhecimento normal e do envelhecimento patológico e, conseqüentemente, para o diagnóstico de demência.

**Quadro 4 - Conceitos clínicos de declínio da capacidade cognitiva (DCC) durante o envelhecimento**

Conceito clínico (português)	Conceito clínico (inglês abr.)	Proponente Ano	Etiologia	Avaliação cognitiva	Límite prejuízo cognitivo	Queixa subjetiva memória	Preservação das atividades de vida diária (AVD)
Esquecimento senescente benigno	Benign senescent forgetfulness (BSF)	Kral, 1962	Normal	–	–	Sim	–
Comprometimento de memória associado à idade	Age-associated memory impairment (AAMI)	Crook et al, 1986	Normal	Sim, testes memória	- 1,0DP	Sim	–
Declínio cognitivo associado ao envelhecimento	Ageing-associated cognitive decline (AACD)	Levy, 1994	Normal	Sim, testes formais	–	Sim	–
Comprometimento cognitivo sem demência	Cognitive impairment no demência (CIND)	Graham et al, 1997	Todas as condições médicas excluindo demência	Sim, testes formais	–	Sim	Sim
Comprometimento cognitivo leve	Mild cognitive impairment (MCI)	Petersen et al, 1999	Estágio pré-demência	Sim, testes formais	-1,5 DP memória	Sim	Sim
Demência questionável	Questionable dementia	Morris, 1993	Estágio pré-demência	Sim	–	–	Sim
Escala de declínio cognitivo	Global deterioration scale (2 e 3)	Reisberg et al, 1982	Estágio pré-demência	Sim	–	Sim	Sim

Fonte: Fichman (2005: 80)

É ainda importante fazer corresponder à tendência de elevada longevidade uma boa qualidade de vida, e uma oferta credível de serviços sociais e de saúde adaptada às necessidades pessoais com o devido rigor. No entanto, o problema é tanto mais complexo quanto o aumento do número de pessoas idosas em situação de dependência, a vários níveis e as instituições existentes se mostram insuficientes e incapazes de responder a situações específicas. *“Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, com autonomia limitada pela doença e pelo contexto onde vivem”* (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005: 75).

Com o aumento progressivo do número de idosos, sobretudo dos muito idosos, estudos revelam, ainda, que tem aumentado também a probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, psíquica e social. De acordo com Lueckenotte (2002), citado por Figueirinha (2012) *“O envelhecimento não gera necessariamente doença e incapacidades, muito embora haja uma prevalência de doenças crónicas com o aumento da idade, mesmo assim, boa parte dos idosos, mantém independência funcional. No entanto, o processo de envelhecimento traz consigo algo inerente e esperado que é o declínio das funções dos órgãos e sistemas, diminuição da capacidade*

*de resposta do sistema imunitário aos agentes agressores, tornando assim o corpo mais suscetível às doenças e incapacidade”* (Figueirinha, 2012: 36).

No decorrer do processo de envelhecimento são comuns queixas relacionadas com o esquecimento e essa preocupação aumenta ainda mais quando essas falhas prejudicam as relações sociais ou quando atrapalham as tarefas básicas mais importantes do dia-a-dia. Sabe-se, na realidade, que há vários tipos de envelhecimento, designadamente o envelhecimento normal ou fisiológico, o envelhecimento bem-sucedido e o envelhecimento patológico. Daí que seja importante saber distingui-los de forma a melhor percebê-los. Segundo Neri (1993), citado por Parente (1993), no primeiro *“ocorrem doenças físicas e/ou mentais ou limitações funcionais objetivas ou subjetivamente aferíveis, porém com intensidade moderada ou leve o suficiente para acarretar mudanças apenas parciais nas atividades quotidianas”* (Parente, 2006: 19). Este tipo de envelhecimento pressupõe ausência de patologia cerebral. O envelhecimento bem-sucedido pressupõe a *“preservação da saúde objetiva, da saúde auto referida e da funcionalidade padrão dos adultos jovens. Significa tomar como fonte de referência algum estado ótimo ou ideal de bem-estar pessoal e social. Ainda Parente, citado por Rowe e Kahn (1987) referem a necessidade de dois fatores importantes para um envelhecimento bem-sucedido, “a manutenção de boa vitalidade (saúde física e mental) e a capacidade de se recobrar do stress (resiliência)”* (Parente, 2006: 19). Por último, o envelhecimento patológico, ocorre quando se verificam impedimentos à funcionalidade, aumento da vulnerabilidade, comprometimento na possibilidade de adaptação e grandes perdas cognitivas, decorrentes da interação entre causas genéticas e ambientais. É caracterizado, na perspetiva de Neri (1993) citado por Parente, pela *“degenerescência associado a doenças crónicas, a doenças e síndromes típicos da velhice, entre outros. Nesta, a funcionalidade e o padrão de saúde física e mental do adulto jovem foram perdidos ou estão menos nítidos, havendo a presença de doenças crónicas/degenerativas limitando severamente a vida da pessoa”* (Parente, 2006: 19).

Com o crescimento da população idosa ocorre um aumento da prevalência das situações de demência, nomeadamente a doença de Alzheimer. De acordo com DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition – American Psychiatric Association, 2002), estima-se que 6% dos homens e 8% das mulheres da população com mais de 65 anos apresentem demência do tipo Alzheimer, sendo que a prevalência da mesma aumenta com a idade, particularmente após os 75 anos.

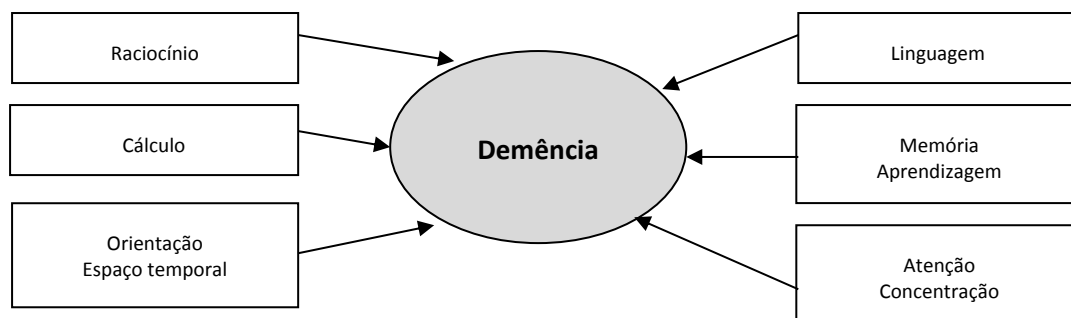
### 3. AS DEMÊNCIAS

A Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (ICD 10), citado por Caldas (2005), define demência *“como síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. O estado de consciência não está enevoadado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”* (Caldas, 2005: 1). Segundo este autor, *“a demência é, sobretudo, uma patologia do envelhecimento, refletida no acentuado aumento da sua prevalência nos grupos mais idosos. Se a demência é devida ao envelhecimento ou relacionada com esse mesmo envelhecimento é uma questão ainda não totalmente clarificada, apesar do comprovado aumento de prevalência nos grupos de idade mais avançada”* (Nunes, 2005: 11).

A demência é caracterizada pelo agravamento e declínio das funções cognitivas e que, progressiva e lentamente, impede os indivíduos de poderem realizar as mais básicas tarefas da vida diária. É *“uma doença neurodegenerativa, em que as alterações e destruições do tecido nervoso são graduais e progressivas, iniciando-se a partir de um momento indeterminado da vida adulta. Consequentemente, as suas manifestações são a princípio insidiosas e escapam muitas vezes às pessoas que convivem com o enfermo”* (Barreto, 2005: 29).

Tal como é possível observar no esquema que se segue (Esquema 1), a demência caracteriza-se pela perda de múltiplos componentes da capacidade intelectual. A evolução da demência pressupõe o agravamento da deterioração das funções cognitivas e sociais e, por conseguinte, alterações ao nível do raciocínio, cálculo, orientação, linguagem, memória e atenção.

**Esquema 1 – Componentes da função intelectual afetados pela demência**



**Fonte:** Paulos (2010: 154)



Conforme dados do relatório “Demência: Uma Prioridade da Saúde Pública”, publicado em Abril de 2012 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), existem atualmente cerca de 35,6 milhões de pessoas no mundo que sofrem de demência. Prevê-se que os casos de demência poderão duplicar até 2030 e mais que triplicar até 2050, atingindo 115,4 milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com este relatório, a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, pela sua prevalência, podendo representar cerca de 70% dos casos. Em Portugal, segundo dados da Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (APFADA) calcula-se que haja cerca de 153.000 pessoas com demência, 90.000 das quais tenham doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009).

Estimativas dos especialistas indicam que, atualmente, os custos para o tratamento da doença ascendem a 304 mil milhões de dólares por ano. O valor tem em consideração os gastos com saúde e assistência social, bem como a redução ou perda de salário dos doentes e dos profissionais a trabalhar na área. Todos os países registam a doença, mas a maior incidência (58%) verifica-se nos países mais pobres ou em desenvolvimento. Esta proporção poderá ser superior a 70% em 2050, face ao aumento da taxa de envelhecimento da população de países como a China, a Índia e o Brasil. No relatório, a OMS recomenda às autoridades sanitárias a adoção de programas focados principalmente na redução da estigmatização da doença e melhoria da qualidade dos tratamentos (OMS, 2012).

As demências são a principal causa de incapacidade em idades avançadas, uma vez que *“são relativamente incomuns em pessoas com menos de 60 anos”* (Richie e Kildea, 1995; Nunes, 2005), sendo a prevalência de demência até esta idade inferior a 1%. A partir dos 60 anos, verifica-se a duplicação da incidência por cada cinco anos, atingindo taxas perto dos 40% a partir dos 90 anos (Spar e La Rue, 2005; Nunes, 2005; Garret, 2005). Em idades superiores a 90 anos, as taxas de prevalência são muito mais elevadas e em muitos estudos superiores a 50% (Evens e col., 1989; Elby e col., 1994, citado por Sequeira, 2010: 93). Leuschner (2005), citado por Sequeira (2010) prevê que *“nos próximos 30 anos, os valores de prevalência e incidência aumentem significativamente, pelo facto de se verificar um aumento do número de indivíduos nas faixas etárias superiores a 65 anos, e pelo facto de se verificarem progressos ao nível das metodologias de diagnóstico (mais rigorosas), o que permitirá diagnosticar uma maior percentagem dos casos”* (Sequeira, 2010: 95).

A doença de Alzheimer, referida pela primeira vez em 1906 pelo médico alemão Alois Alzheimer, faz parte do grupo de doenças caracterizadas como demência. Existem, contudo, *“estados confusionais crónicos, ou demências irreversíveis mais frequentes como sejam: as demências cerebrovasculares (por embolia ou por hemorragias cerebrais); por enfartes múltiplos e demências mistas (vasculares e doença de Alzheimer); a síndrome de Kordakoff; as demências*

*frontotemporais; a demência de corpos de Lewy, a doença de Pick; a demência subcortical da doença de Parkinson; a Coreia de Huntington e a doença de Creutzfeldt-Jacob”* (Phaneuf, 2010: 37). Do ponto de vista etiológico, (quadro 5) as demências podem ser consideradas de dois tipos: degenerativas e não degenerativas. Segundo Paulos, citado por Touchon e Portet *“as demências degenerativas são as mais frequentes, representando cerca de 60% do total das demências. A doença de Alzheimer é a demência degenerativa mais frequente, representando cerca de 45% das demências e 75% das demências degenerativas”* (Paulos, 2010: 154).

**Quadro 5 – Etiologia das demências**

Etiologia das demências	
Demências degenerativas	Demências não degenerativas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doença de Alzheimer</li> <li>- Demência de corpos de Lewy</li> <li>- Demência frontal-temporal (Doença de Pick)</li> <li>- Coreia de Hunthinton</li> <li>- Paralisia supranuclear progressiva</li> <li>- Degeneração corticobasal</li> <li>- Demências mitocondriais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demências vasculares</li> <li>- Demências neurocirúrgicas (ex.: hidrocefalia crónica do adulto, hematoma subdural)</li> <li>- Demências tóxicas (ex.: demência alcoólica)</li> <li>- Demências infecciosas (ex.: SIDA, sífilis, doença de Creutzfeldt-Jakob)</li> <li>- Demências inflamatórias (determinadas colagenoses)</li> <li>- Demências metabólicas (ex.: disfunção da tiroide, carências vitamínicas)</li> <li>- Demências secundárias a um traumatismo craniano</li> </ul>

**Fonte:** Paulos (2010:155)

Por observação do quadro 6, pode-se verificar que a demência de tipo Alzheimer não se mantém estanque com o decorrer dos anos, a doença passa por diversos estádios evolutivos, pelo que, alguns autores, nomeadamente, Reisberg et al. (1982), citados por Paulos, (2010) desenvolveram uma Escala Global de Deterioração que proporciona uma perspetiva dos estádios do funcionamento cognitivo. Assim, os primeiros três estágios de deterioração são considerados de pré-demência. Os restantes são considerados de demência, sendo que, a partir do estágio 5, a pessoa poderá não conseguir viver sem o apoio de terceiros.

Quadro 6 - Estádios da evolução da demência

Estádio de deterioração	Descrição clínica
1. Ausência de declínio cognitivo	- Ausência de queixas de défices de memória
2. Declínio cognitivo muito ligeiro (défices de memória associados ao envelhecimento)	- Queixas subjetivas de perda de memória, principalmente nas seguintes áreas: esquecimento dos locais onde se colocam objetos familiares; esquecimento de nomes; - Não se encontram défices objetivos em situações sociais de trabalho; - Não existe evidência objetiva de perda de memória na entrevista clínica.
3. Declínio cognitivo ligeiro (défice cognitivo ligeiro)	- Manifestações em várias áreas: o indivíduo pode perder-se em lugares pouco familiares; esquecer-se ou perder objetos de valor; diminuição do desempenho profissional observável pelos pares; redução da retenção após aprendizagem; dificuldade em recordar o nome de pessoas próximas; diminuição da concentração. - Diminuição do desempenho em contextos profissionais e sociais. - Manifestação do fenómeno da negação. Ansiedade ligeira a moderada acompanha os sintomas. Duração média: 7 anos
4. Declínio cognitivo moderado (demência ligeira)	- Défices evidenciados em várias áreas: diminuição do conhecimento de acontecimentos quotidianos ou recentes; perda de memória em relação a aspetos da história de vida, diminuição da concentração, perda da capacidade para viajar e para gerir as finanças pessoais. - Incapacidade para executar tarefas complexas. - Pode haver manutenção das capacidades de orientação no tempo e no espaço, reconhecimento de rostos familiares e deslocar-se em ambientes conhecidos. A negação é o mecanismo de defesa dominante. Duração média: 2 anos.
5. Declínio cognitivo moderadamente grave (demência moderada)	- Necessidade de apoio. - Incapacidade para recordar aspetos relevantes da história de vida (nomes de familiares próximos como, exemplo, netos, endereços, nome dos estabelecimentos de ensino frequentados). - Desorientação no espaço e no tempo (data, dia da semana, estação do ano). - Capacidade mantida para recordar o próprio nome, bem como o do cônjuge e filhos. - Pode não haver necessidade de apoio em atividades de higiene e de alimentação, mas pode haver necessidade de apoio na escolha da roupa para vestir. Duração média: 1 ano e meio.
6. Declínio cognitivo grave (demência moderadamente grave)	- Esquecimento do nome do cônjuge ou das pessoas com quem vive. - Esquecimento de acontecimentos recentes, embora haja retenção de alguns aspetos da vida passada. - Necessidade de apoio nas atividades de vida diária (incontinência, auxílio nas deslocações). - Mudanças ao nível emocional e de personalidade: comportamentos delirantes (o doente pode acusar o seu cônjuge de ser um impostor, pode conversar com personagens imaginários ou com a sua própria imagem refletida no espelho), sintomas obsessivos (ex.: repetição de atividades de limpeza), ansiedade, agitação, comportamentos agressivos, abulia cognitiva. Duração média: 2 a 3 anos.
7. Declínio cognitivo muito grave (demência grave)	- Perda das capacidades verbais, incluindo a capacidade para falar. - Necessidade de ajuda em atividades de higiene e de alimentação. - Incontinência. - Perda de capacidades psicomotoras (ex.: marcha). - Rigidez generalizada. Duração média: 3 a 7 anos.

Fonte: Paulos (2010: 175, 176, 177)

#### 4. As necessidades da pessoa que envelhece com demência

---

A demência é uma das doenças que, em todo o mundo, está entre as principais causas de anos vividos com incapacidades e perda de autonomia das pessoas, logo as necessidades destas tornam-se específicas, atendendo às perdas cognitivas que a doença acarreta, designadamente ao nível da memória, linguagem e atenção.

O envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida tem gerado necessidades sociais e económicas acrescidas, quanto a cuidados de assistência e saúde às pessoas idosas. O rápido crescimento deste grupo populacional coloca à sociedade novos desafios, que passam pela obrigatoriedade desta em ter de lidar com este grupo etário e com toda a sobrecarga que as suas incapacidades acarretam. A progressão da idade é, sem dúvida, um fator de risco para a acumulação de processos patológicos no organismo. O envelhecimento predispõe para numerosas patologias que afetam o sistema nervoso. Segundo Almeida os *“órgãos que no organismo do idoso habitualmente mais evidenciam o desgaste são o sistema nervoso central, a porção inferior do aparelho urinário e os sistemas músculo-esquelético. A patologia neurológica é particularmente abundante na população de idade avançada”* (Almeida, 2006: 27). As situações de demência impõem necessidades específicas, quer sejam a nível pessoal, social e/ou de saúde. Estas necessidades estão essencialmente associadas à supervisão contínua das atividades de vida diária. Cuidar de um idoso com demência implica, muitas das vezes, um longo processo na tomada de decisões e planeamento da vida.

As pessoas com demência, pelas especificidades da doença, apresentam igualmente uma maior necessidade de cuidados médicos e de enfermagem. Os cuidados médicos especializados também aparecem como uma necessidade acrescida, tal como a imprescindível prescrição medicamentosa adequada à fase da patologia em que se encontra. A demora na marcação e o espaçamento das consultas também constituem muitas das vezes um problema. A necessidade de um acompanhamento assíduo e contínuo ao nível das deslocações ao médico e o apoio em transporte também poderão constituir uma falha. A intervenção não farmacológica também é fundamental, dado que as atividades de estimulação cognitiva direcionadas para a pessoa com demência são extremamente benéficas, sobretudo para estimular e evitar a progressão da doença.

Para melhor percebermos as necessidades das pessoas com demência é importante focalizarmos nas necessidades básicas a que o ser humano deve ter acesso para viver com dignidade, assim como estas se alteram ao longo do percurso de vida e à medida que vamos crescendo, vivendo e envelhecendo. De acordo com o art.º 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem *“toda a*

*“a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”* (in Declaração Universal dos Direitos do Homem).

No caso das demências, e tendo em conta o seu caráter incapacitante e o desgaste físico e psicológico que implica para quem cuida, o investimento tem sido insuficiente. A nível nacional são quase inexistentes as estruturas/serviços de apoio específicos para esta população, razão pela qual as suas necessidades continuam a não ser satisfeitas como seria desejável.

Na criação dos espaços não se tem em conta a satisfação das suas necessidades e do seu direito à dignidade e independência, cuidado, autorrealização e participação social, embora se saiba que o ambiente físico se reveste de extrema importância neste tipo de patologia, já que os efeitos deste poderão interferir de forma significativa na saúde e bem-estar das pessoas com demência, dadas as inúmeras dificuldades que percecionam, designadamente ao nível dos medos e situações que lhe geram insegurança e ansiedade. É, por isso, importante que o espaço se apresente ameno, confortável, seguro e sem ruído. Os sons, cheiros e o tipo de iluminação têm de igual forma um efeito preponderante no comportamento das pessoas. O equilíbrio entre a luz natural e artificial, as medidas tomadas para diminuir o ruído e fomentar a comunicação verbal, o fornecimento de ar fresco, a temperatura confortável, todos esses fatores se combinam para proporcionar um ambiente em que se promova um envelhecimento mais sadio, principalmente quando se trata de pessoas que pela patologia que apresentam, são incapazes de pedir auxílio ou manifestar desconforto e/ou insatisfação.

A criação de um ambiente tranquilo reveste-se de extrema importância na satisfação das necessidades das pessoas com demência. A existência de uma atmosfera tranquila e reconfortante pode ter inúmeros benefícios tanto para a pessoa com demência, como para a pessoa que cuida. Daí que a existência de um ambiente calmo possa ajudar na manutenção da familiaridade e das rotinas, na minimização da confusão ao reduzir a desorganização, o ruído, os brilhos intensos e as possibilidades de escolha. Assim, proporcionar à pessoa com demência momentos de tranquilidade, de descanso e de desenvolvimento de atividades úteis, poderá constituir uma mais-valia na satisfação das suas necessidades. As características do espaço, os programas e a definição de rotinas diárias, quer se trate do espaço habitacional e/ou institucional são fundamentais.

Quadro 7 – A importância do ambiente na satisfação das necessidades do doente com demência

A importância do ambiente na satisfação das necessidades do doente com demência	
<b>Rotinas</b>	Mantenha a mesma rotina e a mesma posição para as coisas dentro de casa. Ajude a pessoa com demência a preparar-se para alterações no ambiente, rotinas, atividades e eventos. Comunique as alterações com antecedência e deixe um registo para lembrar o acontecimento desse dia. Utilize também um diário ou calendário.
<b>Ruídos</b>	Limite as distrações e controle o barulho. Tente que não exista mais do que uma fonte de ruído ao mesmo tempo, nem ruídos simultâneos durante uma conversa. Caso seja necessário, limite o número de visitas e de conversações simultâneas. Se isso estiver a perturbar, desligue a televisão ou escolha os programas com cuidado, evite mudar de canal e se for necessário desligue o rádio. No entanto, algumas pessoas preferem manter a televisão ou rádio ligados, com um volume baixo do som, por ser familiar. Baixe o volume do toque do telefone ou utilize um atendedor de chamadas. Os tampões para os ouvidos podem ser uma forma de reduzir o nível do barulho, especialmente em sítios ruidosos e com muitas pessoas, como os centros comerciais. Providencie uma música ambiente agradável, músicas favoritas, familiares ou relaxantes. Tente colocar vídeos da natureza sobre florestas, jardins e oceanos. Cantar pode ter um efeito tranquilizador em algumas pessoas. Tente cantar as músicas favoritas e canções de embalar para relaxar a pessoa. Existem vários CD's de canções de embalar.
<b>Iluminação e espelhos</b>	Elimine as sombras, brilhos e reflexos que possam confundir ou assustar a pessoa com demência.
<b>Animais de estimação</b>	Os animais de estimação são uma fonte muito importante de conforto e relaxamento para muitas pessoas com demência.
<b>Terapias</b>	Exemplos de estratégias para acalmar a pessoa são: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aromaterapia;</li> <li>• Massagem no couro cabeludo, mãos e pés;</li> <li>• Banho com óleo de lavanda;</li> <li>• SPA.</li> </ul> Se tiver um quarto vago em casa, transforme-o num local tranquilo, com uma cadeira confortável e quaisquer coisas que ajudem a pessoa com demência a relaxar, tais como música, vasos de plantas ou aromaterapia. Esta divisão pode funcionar como um sítio de retiro, no caso de a pessoa ficar agitada.
<b>Atividades</b>	As atividades recreativas têm um efeito muito tranquilizador em algumas pessoas. Qualquer das seguintes atividades pode ser apropriada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caminhar;</li> <li>• Utilizar uma bicicleta ergométrica;</li> <li>• Pescar;</li> <li>• Praticar atividades musicais, tais como cantar num coro, tocar piano ou órgão;</li> <li>• Praticar atividades ao ar livre, tais como regar, jardinar ou sentar-se no jardim;</li> <li>• Visitar lugares tranquilos, tais como parques, bosques e praias;</li> <li>• Fazer tarefas domésticas, tais como lavar ou dobrar a roupa lavada;</li> <li>• Ler ou serem lidos livros à pessoa;</li> <li>• Pintar, esculpir barro ou entreter-se com caixas de atividades.</li> </ul>
<b>Adormecer</b>	Exemplos de estratégias para induzir o sono são: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar música relaxante;</li> <li>• Aquecer a cama;</li> <li>• Colocar uma luz de presença para ajudar a pessoa a reconhecer onde está quando acorda durante a noite;</li> <li>• Reduzir a cafeína;</li> <li>• Beber chás de plantas relaxantes;</li> <li>• Reduzir alimentos doces antes de dormir.</li> </ul>
<b>Decoração</b>	As seguintes abordagens de decoração podem ser úteis para reduzir a confusão: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar cores lisas e sem padrões;</li> <li>• Utilizar cores contrastantes, para ajudar a pessoa a ver onde acaba o chão e começa a parede;</li> <li>• Utilizar cores fortes, mas calmantes - evitar cores pálidas que podem ser difíceis de ver ou cores muito vivas que podem estimular demasiado a pessoa.</li> </ul>

Fonte: [www.alzheimerportugal.org](http://www.alzheimerportugal.org)

As respostas sociais para pessoas idosas a nível nacional são as identificadas no quadro 8. Como é possível constatar, não existem respostas específicas para pessoas com demência, sendo que este grupo da população se encontra integrado nas Estruturas Residenciais para Idosos. Exemplo disso é o equipamento inaugurado em 2013, a “Casa do Alecrim”, localizada no Estoril e cuja entidade proprietária é a Associação Alzheimer Portugal, embora seja um espaço construído de raiz a pensar especificamente nas pessoas com demência, enquadra-se exatamente dentro da mesma nomenclatura das estruturas já existentes.

**Quadro 8 – Tipologias/nomenclaturas das respostas sociais do Instituto da Segurança Social**

Designação da resposta		Descrição
<b>Acolhimento familiar a pessoas idosas</b>		Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.
<b>Centro de convívio</b>		Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas da comunidade.
<b>Centro de dia</b>		Resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.
<b>Centro de noite</b>		Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.
<b>Estrutura residencial para idosos</b>	<b>Lar de idosos</b>	Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.
	<b>Residência</b>	Resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.
<b>Serviço de apoio domiciliário (SAD)</b>		Resposta social desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou atividades da vida diária.

**Fonte:** Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (2011)

De acordo com o relatório de 2011 da Carta Social do Instituto da Segurança Social e, comparativamente ao ano 2000, as respostas direcionadas para as pessoas idosas apresentaram um aumento de 43%, o que representa um incremento de cerca de 2000 respostas. O desenvolvimento ocorrido na última década no apoio à população idosa é notório no crescimento do número de respostas e vagas criadas, designadamente SAD (59%), lar de idosos (38%) e centro de dia (30%) (Relatório Carta Social: 2011). Tais dados são o reflexo das carências e da situação de dependência que muitas pessoas idosas vivenciam e que as levam à necessidade de requererem cuidados especializados que muitas vezes só a institucionalização está em condições de poder proporcionar.

## 5. A Intervenção junto de pessoas com demência

---

Paquete (2011), no estudo “Estruturas Residenciais para Idosos em Portugal Continental: uma caracterização institucional segundo a abordagem centrada na pessoa com demência”, refere a inexistência de consenso quanto a diferenças significativas na qualidade de prestação de cuidados a pessoas com demência em unidades especializadas e não especializadas. Realça que os níveis de qualidade entre ambas são globalmente baixos e que as unidades especializadas se apresentam mais dispendiosas. A autora menciona, contudo, e referindo estudos levados a cabo por Kitwood (1997), a existência de consenso relativamente à prestação de cuidados a pessoas com demência, especialmente quando utilizada a abordagem centrada na pessoa com demência. O mesmo estudioso, citado por Paquete, descreve *“as necessidades psicossociais das pessoas com demência, que embora sejam comuns a todos nós, nas pessoas que se encontram num processo de perda, tornam-se mais evidentes. Estas são: a identidade, o vínculo, a ocupação, o conforto e a inclusão”* (Paquete, 2011: 60).

Brooker (2004), define, no seguimento da linha de pensamento de Kitwood, o conceito de abordagem centrada na pessoa com demência da seguinte forma: *“i) valorizar a pessoa com demência e aqueles que lhe prestam os cuidados; ii) tratar as pessoas como seres individuais, valorizando a sua história, personalidade, saúde física e mental reconhecendo que os déficits neurológicos são influenciados por estes aspetos pessoais; iii) olhar para o mundo segundo a perspetiva da pessoa com demência, reconhecendo que a sua experiência pessoal é válida, sabendo que ser-se empático com essa perspetiva tem um enorme potencial terapêutico; iv) reconhecer que toda a vida humana é baseada nas relações interpessoais e que a pessoa com demência precisa de estar num ambiente social, em relação com o outro, que lhe ofereça oportunidades para o crescimento pessoal”* (Paquete, 2011: 60).



Quadro 9 – Indicadores da abordagem centrada na pessoa com demência

	Identidade	Vínculo	Ocupação	Conforto	Inclusão
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de quartos individuais</li> <li>- 80% dos quartos individuais</li> <li>- Personalização dos quartos</li> <li>- Identificação das portas dos quartos e dos WC</li> <li>- Até 30 clientes por unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Staff em número adequado</li> <li>- Treino específico na área da demência</li> <li>- Até 30 clientes por unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de espaços apropriados para a realização de atividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de espaço ao ar livre</li> <li>- Até 30 clientes por unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalização dos quartos</li> <li>- Identificação das portas dos quartos</li> </ul>
Processo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposto pelo próprio</li> <li>- Avaliação inicial</li> <li>- Reavaliações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem horários de visitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilidade de escolha de atividade a realizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de cuidados elaborados e revisto de acordo com as reavaliações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação inicial</li> <li>- Reavaliações</li> </ul>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de reavaliações</li> <li>- Reavaliações pelo menos de 3 em 3 meses</li> <li>- Possibilidade de trazer a mobília e objetos pessoais para o seu quarto</li> <li>- Rácios adequados que permitam relação personalizada e que permitam ao staff conhecerem a história de cada utente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnico responsável pelo acolhimento</li> <li>- Rácios adequados que permitam uma relação personalizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano individual de atividades</li> <li>- Frequência das atividades</li> <li>- Rácios adequados que permitam relação personalizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano de cuidados elaborados e revisto de acordo com as reavaliações</li> <li>- Rácios adequados que permitam relação personalizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rácios adequados que permitam relação personalizada</li> </ul>

Fonte: Paquete, Patrícia (2011)

Para além da abordagem centrada na pessoa com demência, existem outras modalidades de intervenção de tipo não farmacológico que, embora para algumas ainda não existam dados seguros acerca da sua eficácia, se pensa poderem melhorar a qualidade de vida dos idosos com um diagnóstico de demência (Guerreiro, 2005). De acordo com Sequeira (2010), estas modalidades de intervenção têm como principais objetivos: *“i) promover ou manter a autonomia; ii) melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco; iii) melhorar o estado de saúde geral; iv) estimular as capacidades cognitivas; v) manter a interação com o meio; v) estimular a identidade pessoal e a auto estima; vi) minimizar o stress”* (Sequeira, 2010: 138). Por tal facto e embora *“a gravidade da demência condiciona o tipo de técnicas a usar. Num doente com uma demência de gravidade ligeira terá de ser usada uma metodologia completamente diferente da que se usa numa demência de gravidade moderada ou acentuada. Isto implica que, qualquer plano terapêutico ou a escolha das técnicas a usar deverá basear-se nos resultados da avaliação neuropsicológica”* (Guerreiro, 2005: 127).

O quadro 10 pretende fazer uma breve enumeração das principais modalidades de intervenção, descrição das mesmas e respetivos resultados. Assim, são apresentadas oito modalidades, a saber: 1) estimulação cognitiva; 2) terapia da reminiscência; 3) terapia da validação; 4) musicoterapia; 5) modalidade de intervenção social e ambiental; 6) cuidados de enfermagem; 7) terapia de orientação para a realidade; e as terapias psicossociais (8).

Quadro 10 – Principais modalidades de intervenção

Modalidade de intervenção	Descrição/ Em que consiste	Tipo de resultados
<b>Estimulação cognitiva</b>	Dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de um método individual adaptado a cada doente, ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. Realização de atividades específicas que podem ser utilizadas para treinar a memória, a atenção o processamento da informação, etc.	Tem demonstrado efeitos positivos, principalmente quando utilizado em doentes com demência leve/moderada (Tárraga, 1994).
<b>Terapia da reminiscência</b>	Pretende que o doente reviva acontecimentos agradáveis, como forma de estimulação da memória, melhoria da sua qualidade de vida, melhoria da sua autoestima, facilitando o interesse pelo contacto social.	Parece verificar-se alguma melhoria ao nível cognitivo, mas ainda não existem estudos que comprovem a sua eficácia (Guerreiro, 2005).
<b>Terapia da validação</b>	Pretende, em parceria com o doente, a resolução de problemas específicos. Procura o significado do aqui e agora, em que o enfoque terapêutico se centra na escuta ativa e reflexiva, na empatia, na cordialidade aceitação do doente e da sua doença.	Esta técnica possibilita a melhoria da autoestima, a redução da ansiedade e a promoção da comunicação e da autonomia.
<b>Musicoterapia</b>	Técnica que permite o relaxamento, importante numa fase inicial para diminuir a ansiedade e facilitar o contacto com o outro. Existência de duas técnicas: uma receptiva e outra ativa. A primeira centra-se na escuta de extratos de musicais eventualmente relaxantes, sob indução musical, seguida de uma sessão de verbalização. A segunda consiste em fazer música, produzir som e através deste melhorar o seu “eu”, facilitando a relação com o outro.	Melhoria do seu “eu”, facilitando a relação com o outro (Touchon e Portet, 2002).
<b>Modalidade de intervenção social e ambiental</b>	Visa essencialmente a modificação do meio do idoso, de modo a tornar mais favorável o seu quotidiano e facilitar a ação do familiar/cuidador.  Muita destas medidas tem por objetivo reduzir ao máximo a dependência do idoso, o que, por vezes, pode ser conseguido através da alteração de espaços físicos, melhor sinalização, etc.	Redução da dependência do idoso.
<b>Cuidados de enfermagem</b>	Visam maximizar as potencialidades do idoso, minimizando a sua dependência, através da ajuda e suporte ao idoso/familiar nas atividades da vida diária, na instrução do idoso/familiar sobre técnicas facilitadoras do desempenho de algumas atividades, na informação, entre outras.	Minimização da dependência do idoso. (Melo, 2005; Sotto Mayor; Sequeira e Paúl, 2006).
<b>Terapia de orientação na realidade</b>	Visa ajudar o doente a identificar melhor o tempo, o espaço, a sua habitação, etc.  Consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona informação básica. Inicialmente os doentes são estimulados a responder espontaneamente e só depois fornecida ajuda.	Pretende manter o doente orientado e evitar a perda de capacidades preceptivas. Pode ser aplicado de modo informal, embora quando aplicado de modo formal os resultados são mais eficazes (Breuil e col., 1994).  Melhoria das capacidades cognitivas (Handel et al, 1981).  Melhoria significativa na orientação verbal, na atenção, no interesse pelo ambiente, no nível de interação social e no funcionamento intelectual (Burton, 1982).
<b>Terapias psicossociais</b>	Visam melhorar as funções cognitivas, mas sobretudo melhorar as capacidades dos doentes de cuidarem de si próprios e de melhorarem o seu bem-estar emocional. Algumas intervenções são também direcionadas aos familiares/cuidadores no sentido de melhorar a adaptação ao meio, em função dos problemas que vão surgindo com a evolução da demência.	Melhoria das funções cognitivas, apesar de a maioria das terapias psicossociais não estarem validadas.

Fonte: Adaptado de Sequeira (2010: 138-147) e Guerreiro (2005: 127-138)

Na perspetiva de Guerreiro, (2005) as intervenções, *“farmacológica, ou não farmacológica, tem de levar em conta o sujeito biológico, o sujeito cognitivo, o sujeito emocional, o sujeito inserido no seu contexto familiar social, o homem como um todo. O tipo de intervenção terá de ser diferente de pessoa para pessoa, diferindo de acordo com as especificidades e necessidades do próprio sujeito e da sua estrutura sócio familiar, tendo sempre presente que os doentes com doenças degenerativas demenciais perdem capacidades cognitivas de forma gradual e com um ritmo diferente de doente para doente”* (Guerreiro, 2005: 125).

No estudo *“Subjective needs of people with dementia: a review of the literature”*, Roest, (2007), face ao crescente número de pessoas com demência, faz uma revisão da literatura de forma a conseguir fornecer uma visão geral das necessidades subjetivas deste grupo populacional. Nesse estudo, conclui que *“The high number of reported needs and limited number of wants and demands show that people with dementia do not frequently mention how they want their needs to be met. Most reported needs are not instrumental, but are related to well-being and coping. Further research to inventory these needs could help achieve more demand-directed and better attuned care in the future”* (disponível em [nl.linkedin.com/in/hgvanderroest](https://nl.linkedin.com/in/hgvanderroest)). Segundo a mesma autora, o conceito de necessidade é subjetivo, dado que o tratamento de pessoas com demência no seu dia-a-dia, pressupõe intervenções individuais, exigindo muita flexibilidade e uma célere capacidade de adaptação.

Tal como é possível observar por análise do quadro 11, as necessidades das pessoas com demência presumem a necessidade de serem aceites e respeitadas tal como são, sendo fundamental a necessidade de se encontrarem estratégias adequadas à sua situação como forma de minimizar as suas dificuldades.

#### Quadro 11 – Necessidades subjetivas das pessoas com demência

- Necessidade de clareza sobre o que se passa à sua volta.
- Necessidade de informação sobre o evolução da doença.
- Necessidade de segurança, aceitação e carinho, podendo expressar sentimentos e emoções.
- Necessidade de apoio emocional, social e instrumental.
- Necessidade de controle e liberdade de ação e decisão, dependendo do que ainda possam fazer.
- Necessidade de ajuda ao nível do tempo e do espaço.
- Necessidade de ajuda e tratamento para compensar incapacidade física.
- Necessidade de compensar as perdas que a demência gera, por isso ocultam, negam.
- Necessidade de ser tratado como adulto.
- Necessidade de comunicação adequada com os cuidadores (ser informado do que quer saber).
- Necessidade de permanecer na sua casa o maior tempo que for possível.
- Necessidade de comunicar sentimentos negativos e emoções.
- Necessidade de ser aceite e respeitado sem ser estigmatizado.
- Necessidade de receber cuidados profissionais adequados. Os cuidadores precisam receber apoio e treino para cuidá-lo.
- Necessidade de contato social com família e amigos.
- Necessidade de realizar atividades que lhe deem prazer e desfrutá-las pelo maior tempo possível.
- Necessidade de segurança económica.
- Necessidade de se sentir útil e de dar um sentido à sua vida.
- Necessidade de espiritualidade na sua vida.

Fonte: Roest,(2007)

Embora Virgínia Henderson, figura central dos cuidados de enfermagem, não relacione, especificamente, as necessidades da pessoa com demência, enumera as necessidades fundamentais, conforme se pode constatar por observação do quadro 12. Assim, para a autora todas as necessidades se encontram inter-relacionadas, sendo a satisfação de qualquer uma delas diferentes de pessoa para pessoa, variando com os fatores psicológicos, sociais e culturais e com a sua própria perceção de “correto” ou “normal” Phaneuf (2010). Tais constatações, inicialmente direcionadas para o modelo de cuidados de enfermagem, não deixam de ser atuais e de se poderem adequar às necessidades das pessoas com demência, reduzindo o impacto da doença e as dificuldades do quotidiano. Pois tal como refere Sequeira (2010), *“as técnicas com possibilidades de serem utilizadas englobam uma série de modalidades de intervenção psicoterapêutica (estimulação cognitiva, orientação para a realidade, terapia por reminiscência, musicoterapia, etc.), cuidados de enfermagem, apoio social e apoio psicológico”* (Sequeira, 2010: 137).

**Quadro 12 – Necessidades fundamentais segundo o modelo de Virgínea Henderson**

- Respirar
- Beber e comer
- Eliminar
- Mover-se e manter uma boa postura
- Dormir e repousar-se
- Vestir-se e despir-se
- Manter a temperatura do corpo nos limites do corpo da normalidade
- Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos
- Evitar os perigos
- Comunicar com os seus semelhantes
- Agir segundo as suas crenças e os seus valores
- Ocupar-se com vista a realizar-se
- Recrear-se
- Aprender

**Fonte:** Phaneuf (2010)

Face às antevisões que apontam no sentido do aumento do número de pessoas com demência, prevê-se que cada vez mais pessoas idosas dependerão de familiares ou de profissionais para responder às suas necessidades, razão pela qual se reveste de extrema importância apoiar os familiares e as pessoas que lhes prestam cuidados, facultando-lhes formação e orientação.

De igual modo, os cuidados aos idosos devem ser regidos por legislação em matéria de direitos humanos, de forma a atenuar as situações de abuso a que estão expostos pela situação de vulnerabilidade em que se encontram. Tal situação decorre da necessidade de resolução de situações do dia-a-dia e da dificuldade apresentada pela pessoa. Não raras vezes, e apesar de o prestador de cuidados ter vivido com a pessoa com demência uma vida inteira, deixa de o conhecer, de saber o que ela quer e gosta. O respeito pelos seus gostos e pela sua história de vida nem sempre é fácil e, muitas vezes, implica uma grande sobrecarga e um grande desgaste

emocional. O mais importante, no entanto, é manter o respeito e a dignidade da pessoa com demência, dado que esta vai perdendo capacidade e autonomia para a tomada de decisões acerca da sua vida.

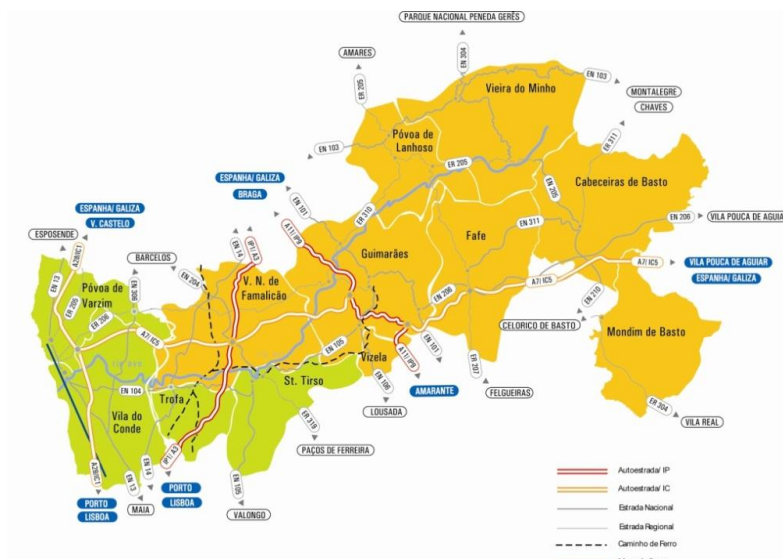
A entrada em vigor da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, poderá constituir um marco importante no exercício de direitos humanos já que permite às pessoas manifestar a sua vontade para que ela produza efeitos no futuro, quando já não tenham condições para o fazer. Esta Lei regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). De referir que a partir do dia 1 de Julho de 2014, quase dois anos depois da aprovação da Lei do testamento vital, todos os interessados podem formalizar as suas diretivas antecipadas de vontade e dizer que tratamentos querem ou não receber em situação de doença (Portaria n.º 96/2014, de 5 de Maio).

## CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE VIZELA

### 6. Enquadramento geográfico

Criado em 1998, pela Lei nº 63/98, o concelho de Vizela localiza-se na região Norte, na convergência do Minho e do Douro Litoral. Faz fronteira com os concelhos de Guimarães, Felgueiras, Lousada e Santo Tirso. Administrativamente, integra o Distrito de Braga, formado por 14 municípios, e constitui-se como um dos oito concelhos que compõem a Sub-região do Ave.

**Mapa 1 – Mapa da Nova Unidade Territorial do Vale do Ave (Decreto-Lei n.º 68/2008, de 14 de Abril)**



Fonte: ADRAVE (2009) ([www.adrave.pt](http://www.adrave.pt))

Desde Abril de 2008 a Sub-região do Ave apresenta uma nova configuração com a integração dos concelhos de Santo Tirso e Trofa na Área Metropolitana do Porto. De acordo com a atual configuração, a NUT III Ave é constituída pelos concelhos de Cabeceiras de Basto, Fafe, Guimarães, Mondim de Basto, Póvoa de Lanhoso, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão e Vizela. Concretamente, o concelho de Vizela apresenta uma área total de 24,7 km<sup>2</sup> e, à data da elaboração da presente dissertação, encontrava-se dividida administrativamente em 7 freguesias: Infias, Caldas de Vizela (S. Miguel), Caldas de Vizela (S. João), Santa Eulália, Vizela (Santo Adrião), Tagilde e Vizela (S. Paio).

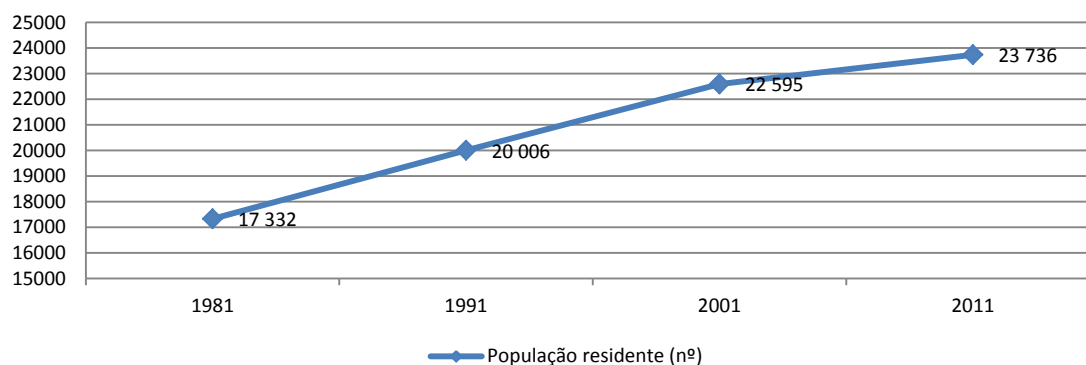
Atualmente e na sequência da Lei da Reorganização Administrativa Territorial Autárquica (Lei n.º 11-A/2013), encontra-se organizada em 5 freguesias: Infias, Vizela (Santo Adrião), União das freguesias de Caldas de Vizela (S. Miguel e S. João) e União das freguesias de S. Paio e Tagilde.

A sede do concelho é constituída pela União das freguesias de Caldas de Vizela (S. Miguel e S. João), com 10.633 habitantes. Nestas duas freguesias verifica-se a maior concentração habitacional do concelho, com 43% da população total. A densidade populacional é de 961 hab./Km<sup>2</sup>, valor superior à densidade média da região do Vale do Ave.

### 6.1. População e território

Os resultados dos Censos 2011 indicam que a população residente no município de Vizela era, à data do momento censitário (21 de Março de 2011), de 23 736 habitantes (11653 homens e 12083 mulheres), correspondendo a um crescimento de cerca de 5% face aos Censos anteriores, significativamente inferior ao crescimento registado em 2001 (12,9%).

**Gráfico 1. Evolução da população residente em Vizela, 1981 e 2011**



Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

**Quadro 13. Evolução da população residente no município e freguesias, em 1991 e 2001**

Vizela concelho e freguesias	Censos 2001	Censos 2011	Variação da população residente 2001-2011	Taxa de crescimento efetivo (%) 2001-2011
Santa Eulália	5200	5619	+419	↑8,1
Caldas de Vizela (São João)	3719	3411	-308	↓8,3
Caldas de Vizela (São Miguel)	6280	7222	+942	↑15,0
Infias	1765	1840	+75	↑4,2
Tagilde	1777	1861	+84	↑4,7
Vizela (Santo Adrião)	2460	2280	-180	↓7,3
Vizela (São Paio)	1394	1503	+109	↑7,8
VIZELA (Município)	22595	23736	+1141	↑5,0

Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

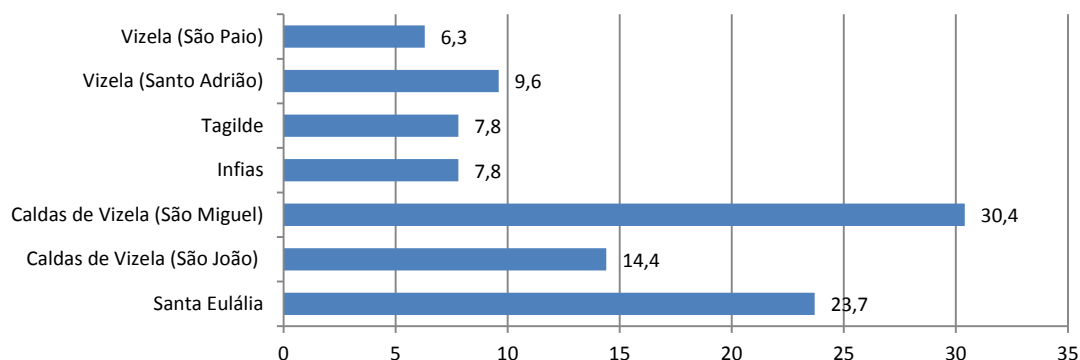
A evolução do crescimento por freguesia nos últimos dez anos reforça a tendência anteriormente evidenciada. A freguesia de Caldas de Vizela (S. Miguel) é a que apresenta um crescimento mais expressivo (+15%), enquanto a freguesia de Caldas de Vizela (S. João) volta a perder população (-8,3%), tendência acompanhada pela freguesia de Vizela (S. Paio) (-7,8%).

**Quadro 14. Distribuição da população residente em Vizela por freguesia, em 2011**

Vizela concelho e freguesias	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Santa Eulália	2 771	49,3	2 848	50,7	5 619	23,7
Caldas de Vizela (São João)	1 635	48,0	1 776	52,0	3 411	14,4
Caldas de Vizela (São Miguel)	3 495	48,4	3 727	51,6	7 222	30,4
Infias	912	49,6	928	50,4	1 840	7,8
Tagilde	936	50,3	925	49,7	1 861	7,8
Vizela (Santo Adrião)	1 142	50,1	1 138	49,9	2 280	9,6
Vizela (São Paio)	762	50,7	741	49,3	1 503	6,3
Vizela (Município)	11 653	49,1	12 083	50,9	23 736	100

Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

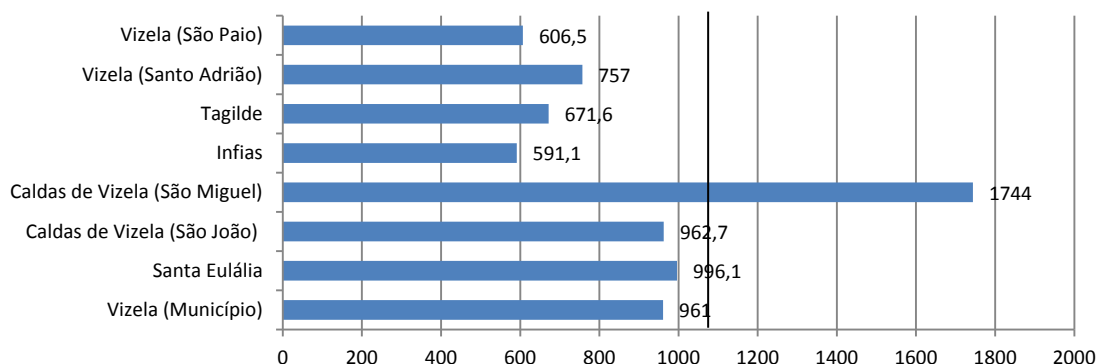
**Gráfico 2. Distribuição da população residente em Vizela por freguesia, em 2011**



Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

Relativamente à distribuição da população residente em Vizela por freguesia, constata-se que Caldas de Vizela (S. Miguel) contribui com a maior proporção de população (30,4%), seguida de Santa Eulália (23,7%). Quanto à densidade populacional, que traduz a relação entre o efetivo da população e a área que ocupa, o município de Vizela apresenta, em 2011, uma densidade populacional de 961 hab./Km<sup>2</sup>. A freguesia de Caldas de Vizela (S. Miguel) regista o indicador de densidade populacional mais elevado do município, enquanto Infias assinala o mais baixo, com 1744 e 591,1, respetivamente. De um modo, no contexto da NUT III Ave, verifica-se que a maior parte dos seus municípios (6:8) perdeu população.



**Gráfico 3. Densidade Populacional em Vizela e freguesias, em 2011**

Fonte: INE, Censos (2001 e 2011) e Carta Administrativa Oficial de Portugal (Fevereiro 2011)

## 6.2. Estrutura etária e sexo

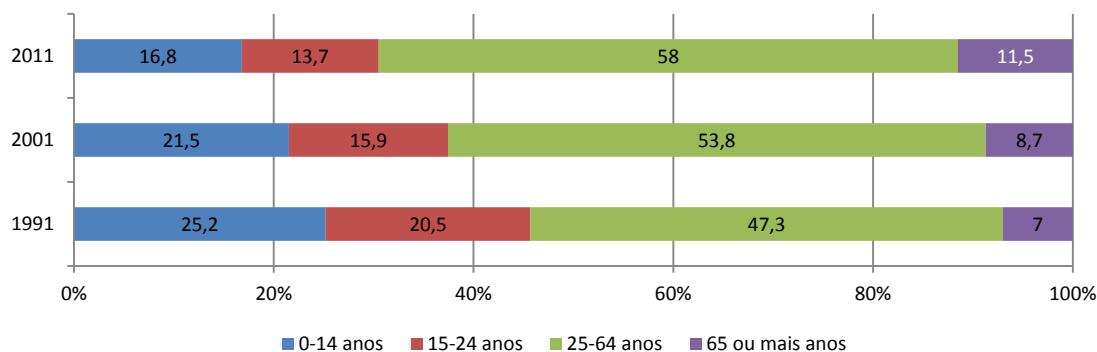
Passa-se a analisar as principais alterações ocorridas na composição da população residente em Vizela, por estrutura etária e sexo.

O concelho de Vizela não escapa ao fenómeno do duplo envelhecimento da população. A faixa idosa aumentou face à redução da população jovem. Em 1991, um quarto da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), enquanto o grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos) se situava nos 7%. Em 2011, o grupo etário mais jovem (0-14 anos) diminuiu, sendo agora representado por 16,8% da população residente e a população, com 65 ou mais anos, cresceu para 11,5%. Entre 2001 e 2011, constata-se o crescimento acentuado da população idosa (com 65 ou mais anos) situado em 39,9%. Verifica-se ainda o aumento da população em idade ativa (15-64 anos), em 7,9%, embora marcado por uma redução de 9,5% da população jovem em idade ativa (15-24 anos).

**Quadro 15. Estrutura da população residente em Vizela por grupos etários e sexo, em 2011**

Grupo etários	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-14	2031	17,4	1947	16,1	3978	16,8
15-24	1685	14,4	1573	13,0	3258	13,7
25-64	6778	58,2	7001	57,9	13779	58,0
65 ou mais anos	1159	10,0	1562	13,0	2721	11,5
Total	11653	100	12083	100	23736	100

Fonte: INE, Censos (2011)

**Gráfico 4. Estrutura da população residente em Vizela por grupos etários em 1991, 2001, 2011**

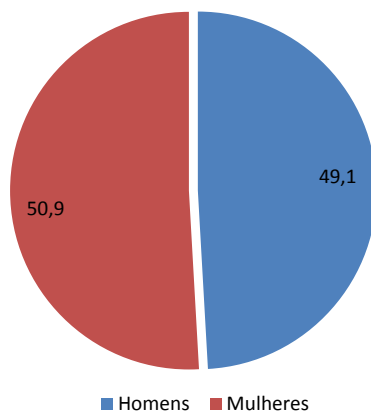
Fonte: INE, Censos (1991, 2001, 2011)

Quanto à distribuição da população por sexo, as mulheres representam 50,9% da população residente, enquanto os homens 49,1%. Relativamente à distribuição por grupos etários, nos mais jovens (até aos 24 anos), predominam os homens, invertendo-se nos grupos etários seguintes, passando a predominar as mulheres. O grupo etário dos 65 ou mais anos é constituído por 57,4% de mulheres e 42,6% de homens.

**Quadro 16. Evolução da população residente em Vizela por sexo e grupo etário, entre 2001 e 2011**

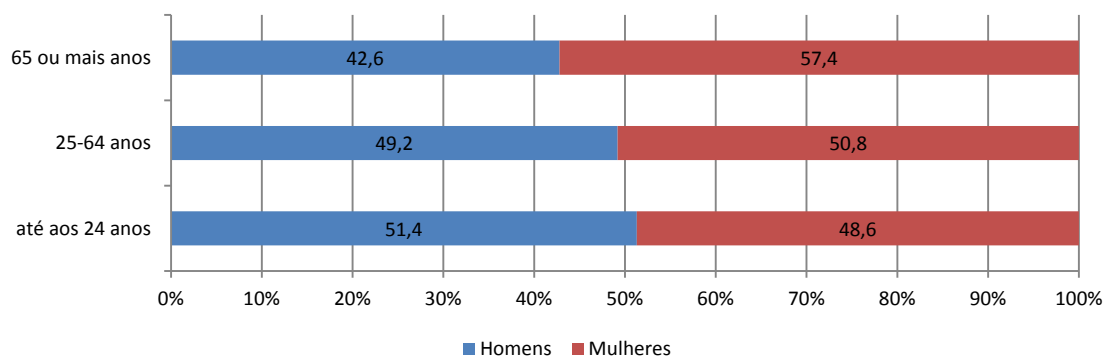
Grupos etários	Censos 2001	Censos 2011	Variação da população residente 2001-2011	Taxa de crescimento efetivo (%) 2001-2011
População residente	22595	23736	+1141	↑5,0
Homens	11197	11653	+456	↑4,1
Mulheres	11398	12083	+685	↑6,0
0-14	4857	3978	-879	↓18,1
15-24	3598	3258	-340	↓9,4
25-64	12195	13779	+1584	↑13,0
65 ou mais anos	1945	2721	+776	↑39,9

Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

**Gráfico 5. Distribuição da população residente em Vizela por sexo, 2011**

Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

Gráfico 6. Distribuição da população por sexo e grupo etário, em 2011



Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

Quadro 17. Evolução da população residente por freguesia em Vizela por grupo etário em 2011

Freguesias Grupos etários	0-14	15-24	25-64	65 ou mais anos
S. Miguel	1126	883	1952	940
S. João	475	478	1952	506
Santa Eulália	1018	782	3303	516
Santo Adrião	397	351	1285	247
Infias	293	244	1068	235
Tagilde	371	283	1039	168
S. Paio	299	235	843	126
Total	3979	3256	13763	2738

Fonte: INE, Censos (2011)

### 6.3. Relação de Masculinidade

A relação de masculinidade<sup>1</sup> evidencia o predomínio do número de mulheres face ao de homens. De acordo com os Censos 2011, a relação de masculinidade é de 96,4 homens para 100 mulheres. Em 2001, este indicador era de 98,2 homens por 100 mulheres, diferença que se acentua nos grupos etários dos mais velhos.

Nos Censos 2011, a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos residente em Vizela é de 74,8. Trata-se de um fenómeno que é explicado pela sobre mortalidade da população masculina e pela menor esperança de vida à nascença dos homens, relativamente, às mulheres.

### 6.4. Índice de Envelhecimento

O envelhecimento da população do município de Vizela tem vindo a acompanhar a tendência nacional, embora continue a ter mais população jovem do que idosa. Em 2011, a proporção da

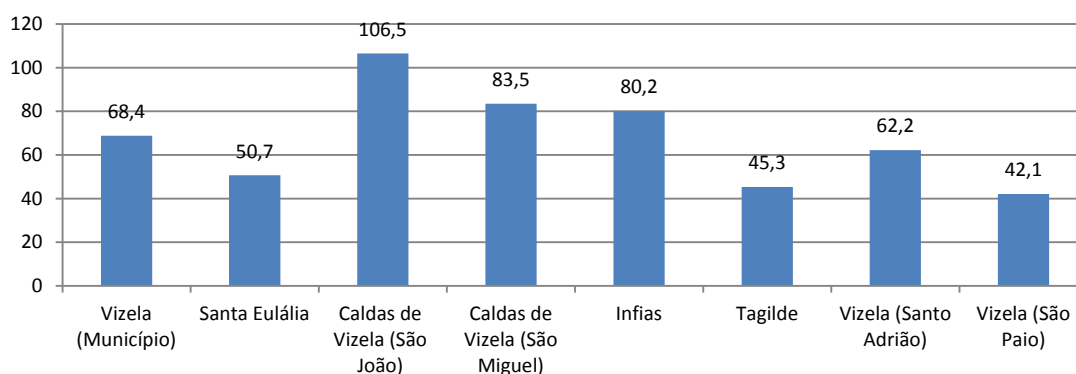
<sup>1</sup> **Relação de masculinidade:** População residente do sexo masculino/População residente do sexo feminino X 100

população com 65 ou mais anos é de 11,5%, contrastando com os 8,6% de 2001 e os 7% verificados em 1991. Por seu lado, a proporção da população com menos de 14 anos é, em 2011, de 16,8%. Em 2001, esta proporção era de 21,5% e de 25,2% em 1991.

Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento<sup>2</sup> de Portugal é de 129, o que significa que o país tem, atualmente, mais população idosa (65 ou mais anos) do que jovem (0-14 anos). Em 2001, havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45. Vizela insere-se neste grupo, sendo que, de acordo com os Censos 2011, o índice de envelhecimento é de 68,4. Em 2001, por cada 100 jovens existiam 40 idosos.

Relativamente ao índice de envelhecimento nas freguesias do município, Vizela (S. Paio) apresenta o menor índice de envelhecimento, com 42,1. No extremo oposto, Caldas de Vizela (S. João), com 106,5, apresenta o maior índice de envelhecimento do município.

**Gráfico 7. Índice de envelhecimento no município de Vizela, em 2011**



**Fonte:** INE, Censos (2001 e 2011)

## 6.5. Índice de Dependência Total

O índice de dependência total<sup>3</sup> constitui um indicador que permite uma perceção sobre o esforço que a sociedade exerce sobre a população ativa.

De acordo com os Censos 2011, no município de Vizela, o índice de dependência total diminuiu de 43,1 pessoas em idade não ativa, por cada 100 em idade ativa em 2001 para 39,3 em 2011, refletindo deste modo o acréscimo de população em idade entre os dois períodos censitários. Por seu lado, o índice de dependência de idosos<sup>4</sup> aumentou de 12,3 em 2001 para 16,1 em 2011,

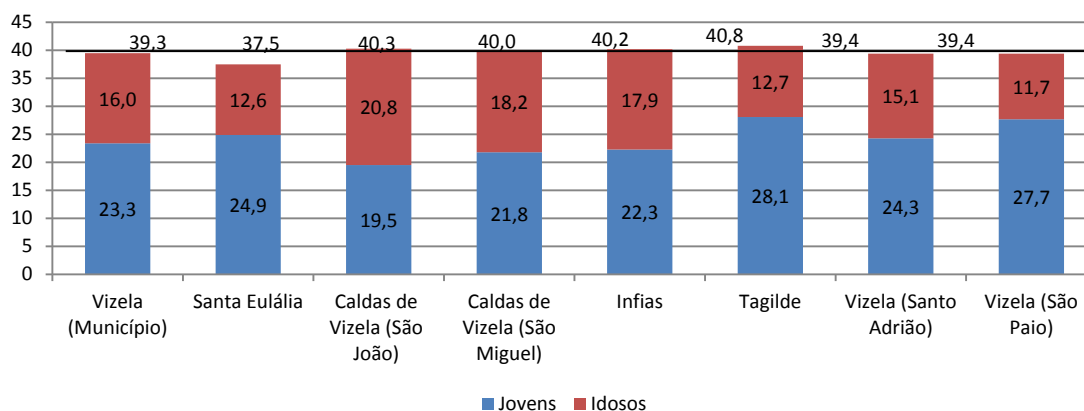
<sup>2</sup> **Índice de Envelhecimento:** Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos), exprimindo-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos.

<sup>3</sup> **Índice de dependência total:** Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como a relação entre a população 0-14 anos conjuntamente com a população com 65 ou mais anos e a população com 15-64 anos.

<sup>4</sup> **Índice de dependência de idosos:** Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa, definida habitualmente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 15-64 anos.

enquanto o índice de dependência de jovens<sup>5</sup> diminuiu de 30,7 em 2001 para 23,3 em 2011. Estes dados evidenciam o aumento da população mais idosa face à população mais jovem.

**Gráfico 8. Índice de dependência total no município de Vizela por freguesia, em 2011**



Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

## 6.6. Índice de Sustentabilidade Potencial

Complementando a análise dos indicadores sobre o envelhecimento, o índice de sustentabilidade possibilita uma avaliação sobre o esforço que a população idosa exerce sobre a população em idade ativa. Assim, através dos Censos 2011, verifica-se que no município de Vizela, por cada indivíduo com 65 ou mais anos, há 6,3 ativos. Em 2001, este indicador situava-se nos 8,1, pelo que se constata o seu agravamento. Não obstante, em ambos os momentos censitários, a situação de Vizela é mais favorável, comparativamente com o índice de sustentabilidade potencial, a nível nacional, que, em 2011, é de 3,4, enquanto, em 2001, era de 4,21.

## 6.7. Estado civil

De acordo com os Censos 2011, a maior parte da população (51,8%) era casada. Segue-se o grupo dos solteiros com 40,8%. As categorias do estado civil divorciado e viúvo apresentam menor expressão, com 3,1% e 4,3%, respetivamente.

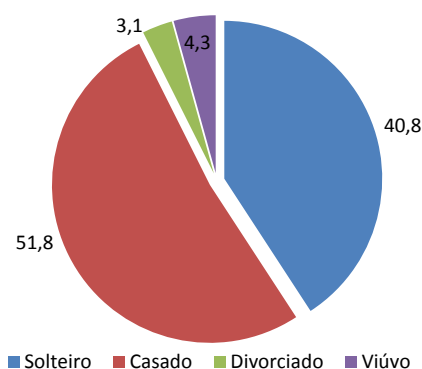
Comparando por sexo, o estado civil de casado predomina tanto no grupo dos homens como no das mulheres. No grupo dos solteiros, predominam os homens com 52,2%, face às mulheres, 47,8%. Estas diferenças entre homens e mulheres são mais acentuadas no estado civil de divorciado e de viúvo. As mulheres predominam, com 60,5% do total da população divorciada e 80,9% da população viúva.

<sup>5</sup>**Índice de dependência de jovens:** Relação entre o número de jovens e a população em idade ativa, definida habitualmente como a relação entre a população com 0-14 anos e a população com 15-64 anos.

**Quadro 18. População residente em Vizela segundo o estado civil e sexo, em 2011**

Estado civil	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Solteiro	5 056	43,4	4 627	38,3	9 683	40,8
Casado	6 111	52,4	6 178	51,1	12 289	51,8
Divorciado	292	2,5	448	3,7	740	3,1
Viúvo	196	1,7	828	6,8	1 024	4,3
Total	11 655	100	12 081	100	23 736	100

Fonte: INE, Censos (2011)

**Gráfico 9. Distribuição da população residente em Vizela segundo o estado civil, em 2011**

Fonte: INE, Censos (2011)

## 6.8. Nível de instrução

Entre os Censos 2001 e 2011 constata-se alguns progressos no nível de instrução atingido pela população residente no município de Vizela. Evidenciam-se, em particular, o ensino básico 3º ciclo e o nível superior de qualificação (ver quadro 19). A população que, em 2011, possui o ensino superior completo aumentou cerca de 36% face aos dados de 2001, passando de 880 pessoas com ensino superior completo para as 1 199. Mais expressivo é o progresso registado no ensino básico 3º ciclo de cerca de 57%. Nos últimos dez anos, passou-se de 2 493 pessoas com o ensino básico 3º ciclo para 3 912.

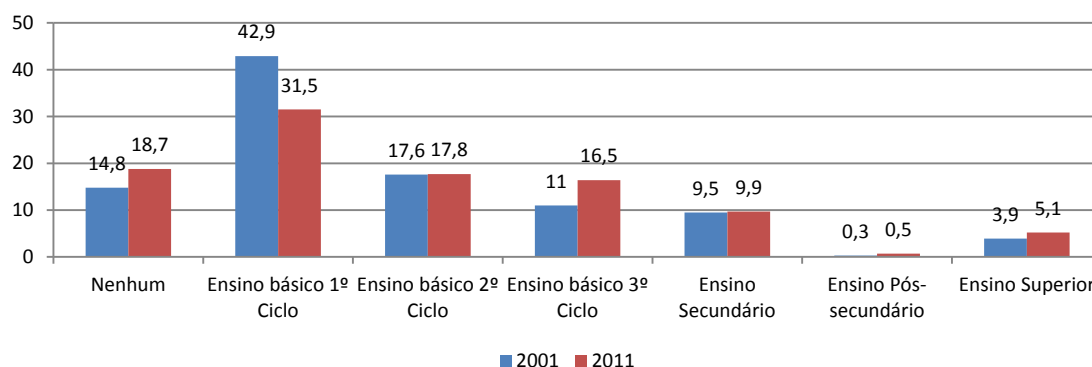
**Quadro 19. População residente em Vizela segundo o nível de ensino mais elevado e completo, em 2001 e 2011**

Níveis de Ensino	2001		2011	
	N	%	N	%
Nenhum	3 351	14,8	4 435	18,7
Ensino básico 1º Ciclo	9 690	42,9	7 485	31,5
Ensino básico 2º Ciclo	3 981	17,6	4 229	17,8
Ensino básico 3º Ciclo	2 493	11,0	3 912	16,5
Ensino Secundário	2 137	9,5	2 355	9,9
Ensino Pós-secundário	63	0,3	121	0,5
Ensino Superior	880	3,9	1 199	5,1
Total	22 595		23 736	100

Fonte: INE, Censos (2011)

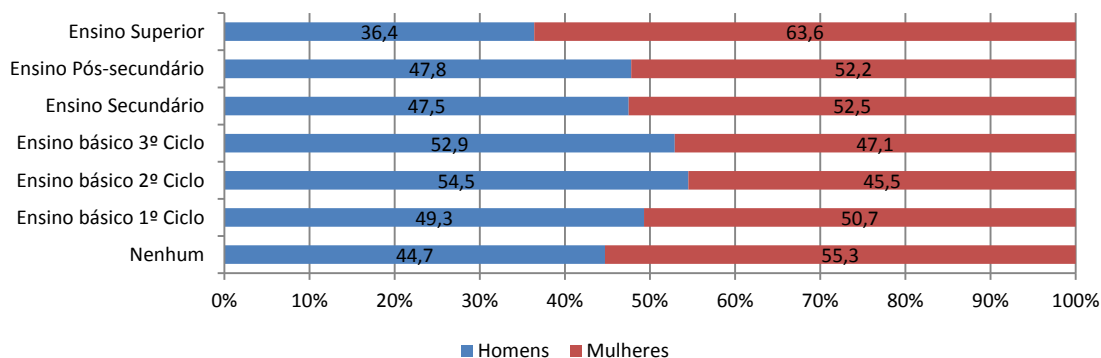
No município de Vizela, a população que possui o ensino superior representa 5,1% e a população que possui o ensino secundário completo representa 9,9%. Trata-se de valores que se situam abaixo da média nacional, particularmente, no que se refere ao ensino superior que, em Portugal, é representado por cerca de 12%. A nível nacional, 13% da população possui o ensino secundário completo. O ensino básico (1º ciclo) corresponde ao nível de ensino mais elevado e concluído pela maior proporção da população residente em Vizela, com 31,5%. Os níveis de instrução correspondentes ao 2º e 3º ciclo abrangem 17,8% e 16,5%, respetivamente.

**Gráfico 10. Estrutura da população residente em Vizela segundo o nível de ensino mais elevado e completo, em 2001 e 2011**



Fonte: INE, Censos (2011)

**Gráfico 11. Estrutura da população residente em Vizela por nível de ensino mais elevado e completo e sexo, em 2011**



Fonte: INE, Censos (2011)

Da análise da estrutura da população, por nível de ensino mais elevado, completo e por sexo, é possível observar que as qualificações mais elevadas se verificam no grupo das mulheres. Do total da população com o ensino superior completo há cerca de 63,6%. O mesmo se verifica também no ensino secundário, onde predominam as mulheres com 52,5%. No 2º e 3º ciclo invertem-se as posições, prevalecendo os homens. No 1º ciclo, voltam a predominar as mulheres. Sem qualquer nível de ensino, constata-se 55,3% de mulheres.

Em termos de localização, verifica-se que 42,5% da população com curso superior reside na freguesia de Caldas de Vizela (S. Miguel), seguindo-se Caldas de Vizela (S. João), com 20,5% e Santa Eulália com 15.1%.

**Quadro 20. Distribuição da população residente em Vizela segundo a freguesia por nível de ensino mais elevado e completo, em 2011**

Vizela Concelho e Freguesias	Nenhum	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Pós-secundário	Superior
Santa Eulália	19,3	32,8	19,7	16,2	8,2	0,5	3,3
Caldas de Vizela (São João)	15,9	33,0	16,6	15,9	10,5	0,7	7,4
Caldas de Vizela (São Miguel)	17,9	29,1	15,8	16,6	12,6	0,8	7,2
Infias	17,6	33,3	18,5	14,7	9,5	1,0	5,4
Tagilde	21,9	30,0	18,6	18,8	6,9	0,4	3,3
Vizela (Santo Adrião)	20,7	33,9	17,3	16,3	8,6	0,6	2,6
Vizela (São Paio)	22,0	31,3	21,0	16,4	5,6	0,5	3,2
Vizela (Concelho)	18,7	31,5	17,8	16,5	9,9	0,5	5,1

Fonte: INE, Censos (2001, 2011)

Comparando as freguesias, observa-se que as populações de Caldas de Vizela (S. João) e Caldas de Vizela (S. Miguel) apresentam os níveis de ensino mais elevados. Mais de 7% da população residente nestas freguesias possui um grau de ensino superior. A freguesia de Infias apresenta-se como a terceira freguesia com maior proporção de população com grau de ensino superior com 5,4%. As restantes freguesias apresentam níveis de população com ensino superior abaixo dos 3%. No que se refere ao ensino secundário, também as freguesias de Caldas de Vizela (S. Miguel) e Caldas de Vizela (S. João) revelam os valores mais elevados da população com ensino secundário completo, com, 12,6% e 10,5%, respetivamente.

Entre os dois últimos momentos censitários é possível constatar que a percentagem de população com ensino superior aumentou em todas as freguesias. A freguesia de Infias é a que mais se destaca, sendo que a sua população com grau de ensino superior mais que duplicou, passando de 42 pessoas com ensino superior em 2001, para 99 em 2011. A freguesia que registou um menor crescimento foi Caldas de Vizela (S. João), com mais 23 pessoas com ensino superior completo.

Relativamente ao ensino secundário, a maioria das freguesias regista, igualmente, uma evolução positiva, destacando-se particularmente a freguesia de Vizela (S. Paio), seguida de Santa Eulália.

## 6.9. Famílias

Para efeitos de caracterização das famílias, e de acordo com o INE, os agregados familiares distribuem-se de acordo com as seguintes categorias: *famílias clássicas*<sup>6</sup> e *famílias institucionais*<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> As **famílias clássicas** são entendidas, segundo o INE, como conjuntos de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se, também, como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento.

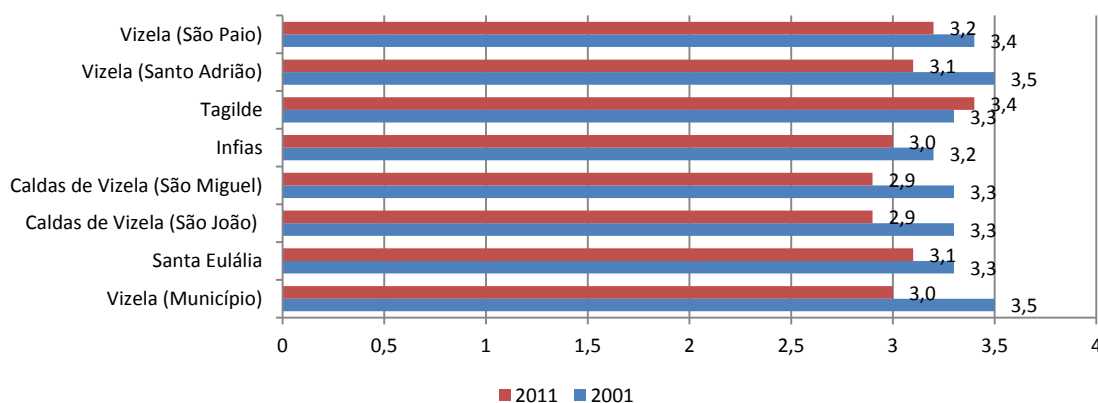


**Quadro 21. Famílias clássicas e institucionais e taxa de variação por freguesia, em 2001, 2011**

Vizela Concelho e Freguesias	2001		2011		Variação 2001/2011		Variação 2001/2011	
	Famílias Clássicas	Famílias Institucionais	Famílias Clássicas	Famílias Institucionais	Famílias Clássicas	Famílias Institucionais	Famílias Clássicas	Famílias Institucionais
	N						%	
Santa Eulália	1560	1	1827	1	+267	-	17,1	-
Caldas de Vizela (São João)	1137	0	1170	0	+33	-	2,9	-
Caldas de Vizela (São Miguel)	1920	2	2508	3	+588	+1	30,6	50,0
Infias	531	0	613	0	+82	-	15,4	-
Tagilde	505	0	555	0	+50	-	9,9	-
Vizela (Santo Adrião)	731	0	728	0	-3	-	- 0,4	-
Vizela (São Paio)	399	0	464	0	+65	-	16,3	-
VIZELA (Município)	6783	3	7869	4	+1082	+1	16,0	33,3

Fonte: INE, Censos (2001, 2011)

O número de famílias clássicas no município de Vizela registou, entre 2001 e 2011, um aumento de 16%, num total de 7 865. A freguesia de Caldas de Vizela (S. Miguel) foi a que registou o maior crescimento com 30,6%. Tendência contrária verifica-se na dimensão média das famílias que, em 2011, é de 3 elementos por família. Em 2001, cada família era constituída, em média, por 3,5 elementos. Com exceção de Tagilde todas as freguesias registaram uma redução no número médio de elementos por família.

**Gráfico 12. Dimensão média das famílias no município de Vizela e por freguesia, em 2001 e 2011**

Fonte: INE, Censos (2001, 2011)

Nos últimos dez anos, as famílias de maior dimensão perderam expressão. Em 2001, 19,5% das famílias eram constituídas por 5 ou mais elementos, enquanto, em 2011, esse valor baixou para

<sup>7</sup> A **família institucional** define-se como um conjunto de pessoas residentes num alojamento coletivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objetivos de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo.

8,2%. Por seu lado, as famílias de menor dimensão, com 1 pessoa e 2 pessoas registam entre 2001 e 2011 um grande aumento. As famílias unipessoais aumentaram 83,8%, enquanto as de 2 pessoas registaram um acréscimo de 49,8%.

**Quadro 22. Evolução das famílias clássicas em Vizela segundo a dimensão (pessoas residentes), entre 2001 e 2011**

Dimensão das Famílias Clássicas (pessoas residentes)	Censos 2001 N/%	Censos 2011 N/%	Variação 2001-2011	Taxa de crescimento 2001-2011 (%)
Com 1	425 (2,3%)	781 (9,9%)	356	↑83,8
Com 2	1310 (19,3%)	1962 (24,9%)	652	↑49,8
Com 3	2063 (30,4%)	2475 (31,5%)	412	↑20,0
Com 4	2067 (30,5)	2000 (25,4%)	-67	↓3,2
Com 5 ou mais	918 (13,5%)	647 (8,2%)	-271	↓29,5
Total	6783	7865	1082	↑16,0

Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

Da análise da dimensão das famílias clássicas pelas freguesias do município, verifica-se que a percentagem de famílias constituídas por 1 só pessoa varia entre os 5,6%, em Tagilde, e os 13,8% em Caldas de Vizela (S. João). A freguesia de Tagilde distingue-se ainda pela maior proporção de famílias com 5 elementos ou mais.

**Quadro 23. Percentagem de famílias clássicas em Vizela segundo a dimensão, em 2011**

Freguesias e Município	Com 1	Com 2	Com 3	Com 4	Com 5 ou mais
Santa Eulália	8	22,7	34,7	27,1	7,5
Caldas de Vizela (São João)	13,8	26,1	28,9	22,7	8,5
Caldas de Vizela (São Miguel)	11,6	28,7	32	21,1	6,7
Infias	10,3	23,2	33	25	8,6
Tagilde	5,6	20	27,2	33,7	13,5
Vizela (Santo Adrião)	7,7	25,8	27,1	29,8	9,6
Vizela (São Paio)	7,1	17,9	32,3	33	9,7
Vizela (Município)	9,9	24,9	31,5	25,4	8,2

Fonte: INE, Censos (2001 e 2011)

## CAPÍTULO III - ESTUDO

---

### 7. Objetivos

---

Assumindo como pressuposto de que o diagnóstico se refere *“a um conhecimento alargado do meio social, nomeadamente das questões que se referem à intervenção, e tem uma dimensão mais alargada do que a identificação do problema. Pressupõe uma relação de interação entre as variáveis em presença e a identificação não apenas das vulnerabilidades, mas também das potencialidades/recursos do meio de intervenção, nomeadamente dos dispensáveis para a operação em causa”* (Guerra, 2002: 132). Considerando os pressupostos teóricos apresentados acerca das necessidades das pessoas com demências e a pertinência do conhecimento de uma realidade e de um grupo específico da população, definiu-se o presente trabalho de investigação, “Retrato social das pessoas com demência no concelho de Vizela” – como objetivo geral elaborar um diagnóstico social dos idosos com alterações cognitivas/demência no concelho de Vizela.

Assim, configuram-se os seguintes objetivos específicos:

- i) Proceder à caracterização dos idosos com alterações cognitivas/demência, em termos sociodemográficos, recursos e estado de saúde;
- ii) Identificar as necessidades do idoso com demência;
- iii) Analisar as diferentes respostas existentes para os idosos com demência.

É intenção deste documento saber os problemas existentes, os recursos disponíveis, as potencialidades locais, e, sobretudo, a interpretação das necessidades por parte de quem padece da doença e de quem cuida ou interage mais de perto com as pessoas que apresentam demência. Pretende ser *“um processo de elaboração e sistematização de informação que implica conhecer e compreender os problemas e necessidades dentro de um determinado contexto, as suas causas e a evolução ao longo do tempo, assim como os fatores condicionantes e de risco e as suas tendências previsíveis; permitindo uma discriminação dos mesmos consoante a sua importância, com vista ao estabelecimento de prioridades e estratégias de intervenção, de forma que se possa determinar de antemão o seu grau de viabilidade e eficácia, considerando tanto os meios disponíveis como as forças e atores sociais envolvidos nas mesmas”* (Idáñez, 2007: 27).

Integrando a área urbano-industrial da região do Vale do Ave, o concelho de Vizela caracteriza-se, desde há muito, por uma intensa atividade de produção industrial, designadamente na área dos têxteis e do calçado.

Dados da Carta Social da Segurança Social referem a existência de três equipamentos com oito respostas de apoio social a idosos. Todas as respostas, com exceção de uma; estão integradas na rede solidária, isto é, têm estatuto de instituição particular de solidariedade social (IPSS). Os equipamentos integram três estruturas residenciais para idosos (Lar), uma delas de caráter privado, dois centros de dia (CD) e três serviços de apoio domiciliário (SAD). Existe ainda uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCC), cujo objetivo é, de acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, *“a prestação de cuidados continuados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*. Muito embora o modelo criado não se destine especificamente a pessoas idosas, é sabido que a idade é um fator potenciador de situações associadas a complicações de saúde que poderão remeter para a proteção das situações de dependência. Esta unidade tem capacidade para 60 clientes, sendo que 30 se enquadram na modalidade de média duração e os outros 30 na modalidade de longa duração. Os equipamentos concelhios abrangem um total de 271 clientes.

## 7.1. Tipo de estudo

---

A presente investigação classifica-se como um estudo exploratório, de tipo descritivo, uma vez que procurou possibilitar uma aproximação ao quotidiano e às experiências de vida dos sujeitos em estudo. Teve como objetivo a obtenção de informação detalhada acerca da realidade do concelho de Vizela no que às pessoas com alterações cognitivas e/ou demências diz respeito, através de uma interpretação objetiva e científica.

Os dados foram obtidos através de questionário e recolhidos num único momento da investigação. Trata-se de um estudo de tipo exploratório, na medida em que reporta a um tema que, não obstante o seu atual interesse, não existe muita informação acerca do mesmo na região considerada, pelo que se pretende, de alguma forma, acrescentar alguns conhecimentos existentes através de dados descritivos e constituir um contributo para investigações futuras. Esta opção metodológica é clarificada por Gil (2008) e Freixo (2011). O primeiro refere que *“As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. (...) são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado facto. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular*

*hipóteses precisas e operacionalizáveis. (...) O produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados” (Gil, 2008:27). O segundo clarifica que “ quando um investigador inicia o estudo de uma nova área ou domínio do saber é provável que recorra ao método descritivo para identificar os principais fatores ou variáveis que existem numa dada situação ou comportamento. (...) Os métodos descritivos respondem às seguintes questões sobre o comportamento: quem, o quê, onde e quando? Quem se envolve num determinado comportamento? Que fatores ou eventos parecem estar associados a esse comportamento? Onde esse comportamento ocorre? Quando esse comportamento ocorre? Com que frequência?” (Freixo, 2011: 106).*

## 7.2. População da amostra

---

Dada a proximidade a Vizela, em termos de atividade profissional, considerou-se pertinente focalizar o estudo na realidade deste concelho. Apesar de este ser caracterizado por ter uma população maioritariamente jovem (cf. capítulo precedente), a tendência aponta no sentido do progressivo envelhecimento da população, facto a que se deve dar atenção.

Optou-se por uma amostra não probabilística, de tipo intencional para a qual se seleccionaram duas USF existentes no concelho. Foi ainda solicitada a colaboração de um Centro Hospitalar da região e da APFADA. O primeiro mostrou-se indisponível, alegando falta de recursos humanos para colaborar no acesso aos dados. O segundo indicou a inexistência de associados residentes no concelho de Vizela. A amostra foi, assim, construída a partir da sinalização efetuada pelas duas USF, no período de dezembro de 2012 a fevereiro 2013.

Para a seleção dos participantes no estudo, consideraram-se como critérios de inclusão ter mais de 65 anos, apresentar alterações cognitivas ou diagnóstico de demência e residir no concelho de Vizela. Foram, então, identificados 112 indivíduos que reuniam os critérios pré-estabelecidos.

Constatou-se, contudo, aquando do tratamento dos dados estatísticos, mais especificamente, dos dados referentes ao instrumento de avaliação utilizado (Mini Mental State Examination - MMSE), que somente 80 idosos do total da amostra (n=112), apresentavam efetivamente suspeita de declínio cognitivo, sendo que os restantes (n=32) apresentaram ausência de suspeita de declínio cognitivo. Apesar deste facto, decidiu-se considerar os 112 idosos como a globalidade da amostra em virtude da existência de situações de demência por doença de Parkinson (9,3%; n=10) e de nem todas as pessoas com esta doença apresentarem declínio cognitivo e se saber que quando apresentam este ocorre, habitualmente, numa fase avançada da doença ou em pessoas que desenvolvem Parkinson numa fase mais tardia da sua vida. Tal situação é corroborada por Levy (2003) quando refere que a “doença de Parkinson de início precoce e a doença de Parkinson de

*início tardio poderão representar um espectro da mesma patologia, sendo os casos jovens uma doença de predomínio motor, e os casos de idade mais avançada uma doença com uma maior deterioração mental” (Levy, 2003: 23). Refere ainda que “durante os primeiros 3 a 5 anos, a maioria dos doentes não apresenta uma incapacidade significativa, apesar de poder existir alguma interferência na execução de tarefas da vida diária ou na atividade profissional” (Levy, 2003: 11).*

### 7.3. Instrumentos

---

Na recolha de dados são vários os métodos que se podem utilizar numa investigação, cabendo ao investigador optar por aquele que melhor se adequa aos *“objetivos da investigação, do modelo de análise e das características do campo de análise”* (Quivy e Campenhoudt, 1995: 186).

No presente estudo, o instrumento de recolha de dados pelo qual se optou foi o questionário. Segundo Quivy e Campenhoudt (1995) os questionários consistem num método de colocar questões a um grupo representativo da população. O método por questionário é aconselhado quando se pretende conhecer uma população, nomeadamente, modos de vida, costumes, comportamentos, valores e opiniões. É ainda utilizado para analisar fenómenos sociais e em situações que seja necessário questionar um elevado número de pessoas sobre um determinado assunto. Para a recolha dos dados foi construído um Protocolo de Avaliação, o qual foi aplicado aos idosos (Anexo I) e aos familiares e/ou principal cuidador (Anexo II), e que inclui dois questionários com vários instrumentos:

- O **questionário aos idosos** é composto por nove questões que, para além dos dados sociodemográficos (freguesia, concelho de residência, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias), inclui também questões relativas à origem e valores dos rendimentos, profissão e pessoas com quem vivem. Abrange, adicionalmente, o Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994), o índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; adaptação Portuguesa de Natário *et al*, 2001) e o índice de Lawton (Lawton e Brotdy, 1969). O **MMSE** é um instrumento que possibilita uma avaliação breve do estado mental. Permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Cada resposta correta é cotada com um ponto. A sua cotação global varia entre zero (0) e 30 (trinta), sendo os valores de corte para a população portuguesa, a partir dos quais se considera com defeito cognitivo, os seguintes: analfabetos:  $\leq 15$  pontos; 1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$  pontos e

escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$  pontos. O **índice de Barthel** é um instrumento que permite determinar o grau de dependência funcional. Avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas). A versão utilizada tem sido usada por vários serviços de saúde a nível nacional, nomeadamente, nas Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais, sendo que a pontuação global varia entre zero (0) e vinte (20), indicando que, quanto mais elevada for a pontuação, maior é o grau de independência. Cada item oferece a possibilidade de resposta de dois (2), um (1) ou zero (0). É um instrumento de fácil aplicação e interpretação. O **índice de Lawton** é um instrumento de avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). É composto por oito atividades (cuidar da casa, lavar roupa, preparar comida, fazer compras, usar o telefone, usar transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação). Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de um (1) a três (3), de um (1) a quatro (4) ou de um (1) a cinco (5), em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. Este índice varia entre oito (8) e vinte (20) pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte: oito (8) independentes; nove a vinte (9-20) moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda e > vinte (20) severamente dependente, necessita de muita ajuda.

- O **questionário aos familiares e/ou principal cuidador** foi construído tendo como base o instrumento utilizado no estudo “Situação social dos doentes de Alzheimer um estudo exploratório”, levado a cabo em 2005, pelo Instituto da Segurança Social, I.P. com as devidas adaptações e de acordo com a informação que se pretendia obter. A sua elaboração tentou incluir o máximo de questões que permitissem obter informação diversificada, optando-se por conciliar questões fechadas com algumas questões de resposta aberta, de forma a permitir que, em alguns aspetos, os inquiridos pudessem expressar as suas opiniões, pensamentos e sentimentos. Trata-se de um questionário composto por um total de 62 perguntas, sendo que se encontra estruturado em sete partes, a saber: (1) Dados referentes ao familiar e/ou principal cuidador; (2) Caracterização do estado de saúde do idoso com alterações cognitivas/demência; (3) Tipo de apoios; (4) Dados referentes a idosos que têm a resposta das instituições locais nas valências de serviço de apoio domiciliário, centro de dia e lar; (5) Acessibilidades aos serviços de saúde e segurança social; (6) Redes familiares: impacto da doença na esfera familiar; (7) Situação económica do idoso. A última parte do questionário integra uma

questão, de tipo aberto, onde o familiar e/ou principal cuidador pode manifestar a sua opinião acerca dos apoios que considera mais importantes face às necessidades do idoso.

De salientar que antes da obtenção da versão final e como forma de validar a clareza, compreensão e pertinência das questões do Protocolo de Avaliação, foi solicitada a colaboração de três técnicos especializados na área da gerontologia. O grau de compreensibilidade do questionário foi considerado positivo, tendo-se, no entanto, procedido a algumas alterações mínimas de linguagem. O mesmo foi, então, validado através de um pré-teste, junto de 5 elementos pertencentes à população alvo do estudo. Decorrente da aplicação do pré-teste, foram aferidas as respetivas correções que culminaram com a versão final do protocolo.

#### **7.4. Procedimento de recolha de dados**

---

Todos os indivíduos que integraram a amostra do presente estudo foram sinalizados pelas duas USF existentes no concelho. Para a recolha de dados foram efetuados vários contactos, que se podem observar por análise do organograma da página 58, onde é possível, em síntese, analisar os procedimentos adotados.

O processo de recolha de dados foi formalizado mediante pedido escrito, via correio eletrónico, aos coordenadores das duas USF. No mesmo foi solicitada a colaboração na identificação de idosos que respondessem aos critérios de inclusão previamente definidos. Neste documento encontrava-se também explicitado os objetivos e procedimentos a adotar durante a investigação (Anexo III).

Após terem concordado em participar no estudo, ficou definido que a articulação institucional passaria a ser efetuada com a assistente social a exercer funções nas duas USF.

Dado que alguns dos idosos identificados se encontravam integrados em equipamentos de apoio social, designadamente serviço de apoio domiciliário, centro de dia e estrutura residencial para pessoas idosas (Iar), foi solicitada a colaboração dos responsáveis das instituições locais.

Assim, foram três as entidades a quem foi solicitada a colaboração: uma possui as valências de estrutura residencial para pessoas idosas (Iar), CD e SAD; outra a valência de SAD e uma outra de estrutura residencial para pessoas idosas (Iar), CD e SAD.

Num primeiro momento, e dado o conhecimento pessoal dos dirigentes das mesmas, foi solicitada a marcação de reunião, com o intuito de informar acerca da realização e objetivos do estudo. Todos os dirigentes mostraram disponibilidade para a participação no estudo, ficando acordado que toda a articulação institucional posterior seria efetuada com os diretores técnicos das respetivas instituições, dado serem estes que iriam colaborar na aplicação dos questionários.



Efetuada este contacto, o processo de recolha de dados formalizado mediante pedido por escrito. Neste documento, encontravam-se também explicitados os objetivos e procedimentos a adotar durante a investigação (Anexo IV).

O questionário aplicado à amostra considerada foi, maioritariamente, administrado pela investigadora principal, possibilitando, assim, manter um estilo homogêneo na sua aplicação e, posteriormente, na análise dos dados obtidos. A exceção foi para os idosos que se encontravam integrados e/ou a usufruir dos serviços de equipamentos de apoio social (SAD, CD e lar). Neste caso, a investigadora contou com a colaboração dos diretores técnicos das instituições. Estes têm formação de base na área do Serviço Social e Psicologia, sendo que dois deles têm mestrado na área da Gerontologia.

Relativamente à aplicação dos questionário e instrumentos de avaliação aos idosos, que se encontravam no domicílio e seus familiares e/ou principais cuidadores, o contacto foi efetuado diretamente na residência destes. Em todas essas situações a aplicação dos questionários ficou a cargo da investigadora. Nesta sequência, foram dadas a conhecer, de forma clara, os objetivos da recolha de dados. Mediante resposta afirmativa, os participantes foram solicitados a assinar o termo de consentimento informado (Anexo V).

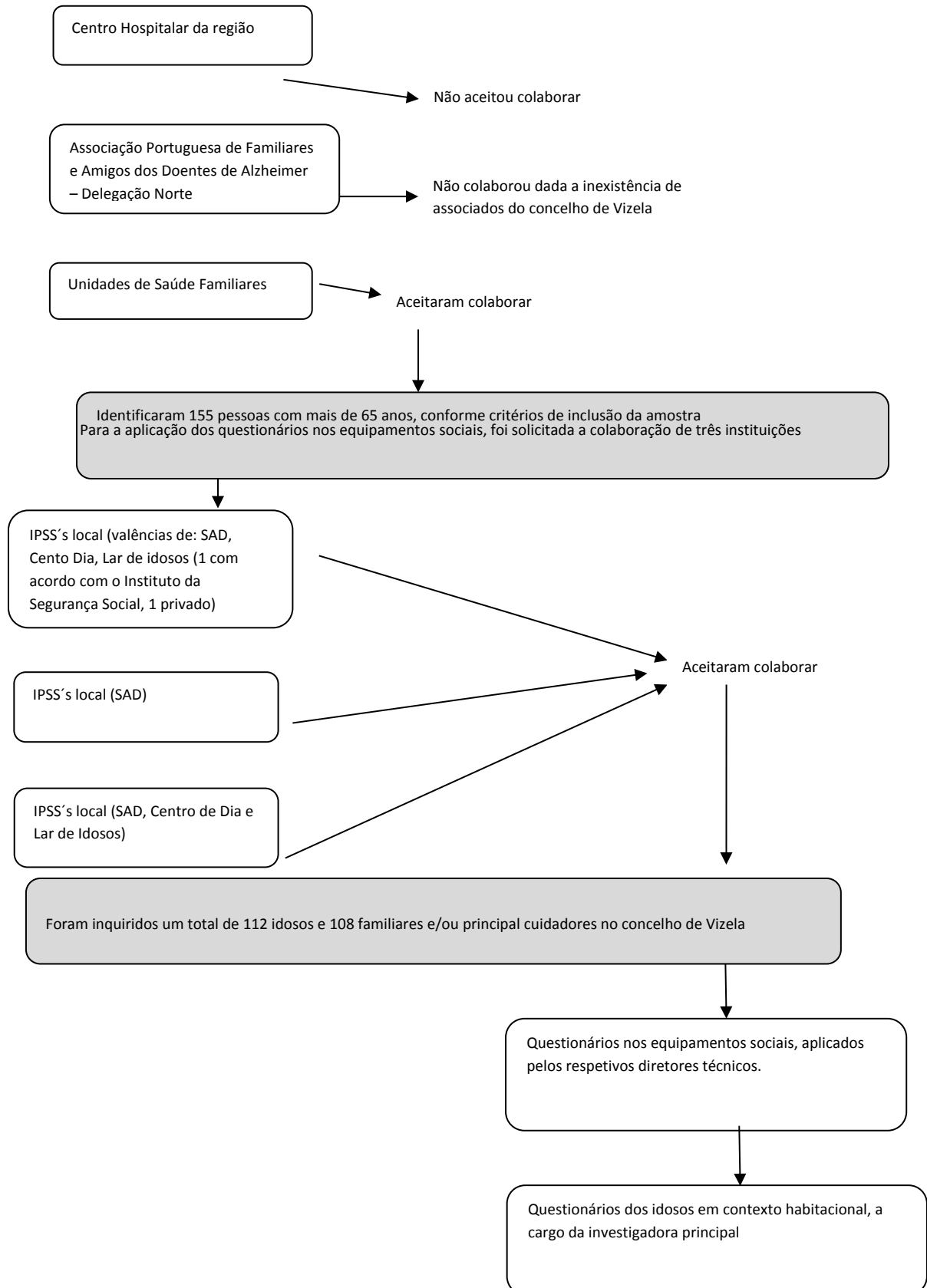
Todos os elementos da amostra forneceram ao investigador o seu consentimento, tendo sido garantida a confidencialidade da informação recolhida desde o início do processo, seja em relação aos idosos, seja em relação aos seus familiares e/ou cuidadores, seja em relação às instituições envolvidas. A estas últimas, foi ainda apresentada a possibilidade de disporem dos resultados obtidos no final do presente estudo.

A recolha dos dados teve início no final do mês de Fevereiro de 2013 e o seu término a Agosto de 2013. De referir que o processo de recolha de informação se revelou algo demorado, dado ter abrangido a totalidade do concelho e pelo facto dos questionários terem sido de aplicação indireta. O grande número de inquiridos e a sua dispersão no território foram o principal motivo da demora. Ainda que a investigadora tenha um conhecimento profundo do concelho pelos 13 anos de experiência profissional e de ter recorrido a mapas de ruas e uso de Global Positioning System (GPS) nem sempre a localização das pessoas a inquirir foi frutífera. A insuficiência de toponímia, principalmente, a desorganização ao nível da identificação dos números de porta tornou este trabalho extenuante. Também o facto de o questionário ter sido realizado porta a porta, dificultou a recolha de informação. Em muitas situações, foram necessárias diversas deslocações às habitações, pela ausência dos moradores, para tornar possível a sua aplicação.

A aplicação do questionário e respetivos instrumentos de avaliação oscilou entre os 30 e os 60 minutos. Esta duração tornou possível a perceção e obtenção de outra informação acerca dos modos de vida, os sentimentos e as rotinas destes idosos. Foi ainda possível constatar a solidão a

que muitos idosos estão expostos, a necessidade que têm em falar e a facilidade com que demonstram as suas preocupações, angústias e dúvidas.

### Organograma no procedimento de recolha de dados



## 7.5. Análise de dados

---

O processo de investigação científica encerra em si um conjunto de métodos e técnicas, rigorosos e sistematizados. De acordo com os objetivos de trabalho apresentado, após a recolha de informação por forma de questionário, a análise estatística dos dados foi tratada com recurso a software aplicativo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, Versão 17).

A análise das variáveis obtidas, com características nominais, ordinais e de escala, centrou-se em estatísticas de frequência e descritivas. Atendendo a que se trata de um estudo descritivo e exploratório, os dados quantitativos foram analisados com recurso a estatística descritiva, essencialmente, com recurso a medidas de tendência central (frequências, percentagens e médias). No que diz respeito às variáveis qualitativas, particularmente à variável sobre as necessidades, foi efetuada uma análise simples de conteúdo, agrupando-as por categorias.

## 7.6. Considerações éticas

---

Reconhecendo a existência de princípios éticos que devem orientar os trabalhos que envolvam recolha de informação humana, seja pela observação direta, seja pela aplicação de questionários, esta investigação assumiu, desde o início, o compromisso de se reger por um conjunto de princípios que balizou a recolha de informação. Importa referir que, para além das regras e formulações éticas que proporcionaram a orientação formal, o investigador foi capaz de partilhar as convicções éticas e morais, no sentido de conquistar a confiança e credibilidade dos envolvidos e, assim, vincar a textura solidária de todos no produto final da investigação.

Portanto, foram respeitados um conjunto de normas éticas que no essencial procuraram garantir os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Foi também tido em linha de conta as entidades que colaboraram na recolha de informação, respeitando a mesma os seguintes princípios: a privacidade, que implicou a obrigatoriedade de preservar a intimidade na recolha de informação e a possibilidade de recusar a participação na investigação a qualquer momento do processo; o anonimato, assegurando-se que, em qualquer circunstância, a identificação seria conhecida e que haveria terceiros na recolha de dados; o consentimento livre e informado, pois a todas as pessoas participantes no estudo foi explicado verbalmente e fornecido um formulário de consentimento contendo os objetivos da investigação e respetivos métodos; os riscos e benefícios, dado que foram ponderadas as dificuldades na recolha de informação, nomeadamente, situações de constrangimento e desencadeamento de situações de cansaço e stress. Por tal facto, mostrou-se disponibilidade para a partilha dos resultados do estudo, criando, assim, um espírito de colaboração e focando a utilidade do trabalho para a melhoria do

conhecimento; a vulnerabilidade, nas situações de fragilidade ou de incapacidade foi sempre ponderada na efetivação da recolha de informação, mesmo quando o consentimento foi assumido por pessoa relevante.

Relativamente às entidades, naquelas que tinham definidas normas na recolha de informação, fez-se a tramitação definida. Nas entidades que não tinham regras próprias, o pedido de recolha de informação conteve os dados sobre o trabalho de investigação a realizar, um exemplar do questionário a aplicar, o consentimento informado e o Curriculum Vitae do investigador. Foi ainda dada a possibilidade de disponibilização de documento da entidade que exerce a autoridade pedagógica sobre o trabalho de investigação.

## CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 8. Caracterização da amostra

A amostra inicial foi construída a partir dos 155 indivíduos identificados pelas duas USF existentes no concelho Vizela. Da amostra final fizeram parte 112 idosos, com 65 ou mais anos, conforme critérios pré-definidos; os restantes não foram integrados por várias razões: 16 faleceram no decorrer do estudo, 9 apresentaram idade inferior a 65 anos, 6 beneficiavam de equipamento social fora do concelho, 9 eram portadores de deficiência, 4 mudaram de residência e 2 nunca se encontraram em casa, apesar das diversas deslocações efetuadas à habitação.

**Quadro 24 – Caracterização inicial da amostra**

Freguesias	Situações identificadas
S. Miguel	66
S. João	25
Santa Eulália	31
Infias	3
Santo Adrião	14
Tagilde	6
S. Paio	10
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>

**Quadro 25 – Caracterização dos utentes não integrados na amostra**

Freguesias	Faleceram	Idade inferior a 65 anos	Portadores de Deficiência	Integrou equipamento social fora do concelho	Mudou de residência	Não foram aplicados	Total
S. Miguel	7	2	1	2	2	2	16
S. João	2	2	2	1	-	-	7
Santa Eulália	3	1	2	1	-	-	7
Infias	1	1	-	-	-	-	2
Santo Adrião	3	2	-	-	-	-	5
Tagilde	-	1	-	-	1	-	2
S. Paio	-	-	3	1	-	-	4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>43</b>

### 8.1. Caracterização sociodemográfica, económica e de coabitação dos idosos com alterações cognitivas/demência

---

Ao atentarmos a análise da tabela 1, verificamos que dos 112 idosos que integraram a amostra final, 74 são do sexo feminino, correspondendo a 66 % do total, enquanto 38 são do sexo masculino, representando 34%. As idades dos idosos variam entre os 65 e os 101 anos (Média= 80; DP= 8,2). Relativamente ao estado civil, verifica-se uma quase totalidade de viúvos (46,4%; n=52) e casados (42,9%; n=48). Os restantes distribuem-se na situação de solteiros (7,1%; n=8) e separados/divorciados (3,6%; n=4).

No que respeita ao nível de escolaridade, o questionário aplicado contém 16 graus diferenciados de escolaridade (não sabe ler nem escrever, sabe assinar, sabe ler e escrever, 1.º ciclo incompleto, 1.º ciclo, 2.º ciclo incompleto, 2.º ciclo, ensino secundário incompleto, ensino secundário, bacharelato incompleto, bacharelato, licenciatura incompleta, licenciatura e outro). Verifica-se uma prevalência das baixas qualificações escolares, sendo que 37,5% (n=42) não sabe ler nem escrever; 27,6% (n=31), possui o 1.º ciclo (4.º ano) e 23,2% (n=26), o 1.º ciclo incompleto. Os restantes níveis de ensino apresentam valores pouco relevantes.

Quanto à principal origem dos rendimentos (tabela 2), 89 dos inquiridos, num total de 79,4 %, referem auferir rendimentos provenientes da pensão de reforma, enquanto 17% (n=19) referem que os rendimentos são provenientes da pensão de invalidez. Outro tipo de prestações, como sejam a pensão social ou de sobrevivência e os rendimentos provenientes de negócios também são enumerados, embora sejam pouco expressivos (3,6%; n=4). Relativamente ao valor do rendimento mensal, 17 (15,1%) dos idosos inquiridos não responderam. Nesta questão em particular, verificou-se algum constrangimento em falar acerca dos rendimentos auferidos, deduzindo-se que tal facto se deve aos rendimentos elevados e provenientes de rendas de propriedades e/ou de negócios antigos. Dos restantes inquiridos (n=95), constata-se que o valor dos rendimentos mensais varia entre os €160,00 (como valor mínimo) e os €1.500,00 (como valor máximo). O valor médio dos rendimentos ronda os €463,35.

Quanto à última profissão exercida, 34% (n=38) dos inquiridos mencionaram a atividade profissional de operário têxtil, 17% (n=19) a agricultura e 14,3% (n=16) referiram nunca ter exercido qualquer atividade remunerada, pelo que se enquadram na categoria de domésticas. De referir ainda que 13,3% (n=15) referiram não conseguirem especificar/identificar a última atividade profissional exercida.

Por último, e quanto ao grau de parentesco das pessoas com quem o idoso reside (tabela 3), 36,6% (n=41) vivem com o cônjuge e 21,4% (n=24) com os filhos, 18,7% (n=21) em instituição. Importa ainda referir os 18% (n=20) de idosos que foram identificados como vivendo sozinhos. Os

idosos que vivem com outros familiares assumem pouca relevância (4,4%; n=5), assim como os que alternam com os filhos, mensalmente, a habitação (0,9%; n= 1).

**Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos idosos com alterações cognitivas/demência**

Variáveis	N	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	38	34
Feminino	74	66
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>IDADE</b>		
65-70 anos	16	14,3
71-80 anos	37	33
81-89 anos	50	44,6
91 ou mais anos	9	8
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiro	8	7,1
Casado	48	42,9
Separado/Divorciado	4	3,6
Viúvo	52	46,4
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>		
Não sabe ler nem escrever	42	37,5
Sabe assinar	6	5,4
Sabe ler e escrever	5	4,5
1.º Ciclo incompleto	26	23,2
1.º Ciclo (4.º ano)	31	27,6
Outros	2	1,8
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Tabela 2 – Caracterização socioeconómica dos idosos com alterações cognitivas/demência**

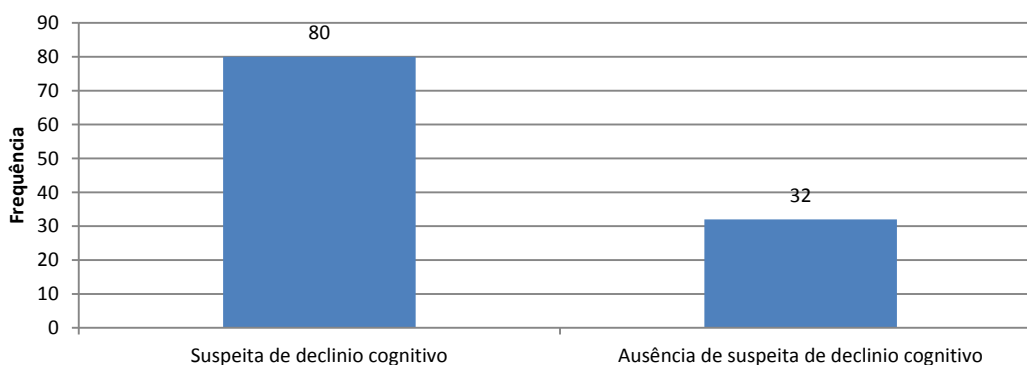
Variáveis	N	%
<b>PRINCIPAL ORIGEM DO RENDIMENTO</b>		
Pensão de reforma	89	79,4
Pensão de invalidez	19	17
Outros	4	3,6
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>VALOR DO RENDIMENTO MENSAL</b>		
Mínimo	€ 160,00	-
Máximo	€ 1.500,00	-
Média	€ 463,35	-
<b>ÚLTIMA PROFISSÃO</b>		
Operário da indústria têxtil	38	34
Operário do calçado	2	1,8
Agricultura	19	17,0
Doméstica	16	14,3
Construção Civil e similares	6	5,3
Restauração	4	3,5
Empregada de limpeza	3	2,6
Motorista/taxista/ferroviário	3	2,6
Empresário/comerciante	2	1,8
Outros	4	1,5
Não sabe	15	13,3
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Tabela 3 – Caracterização da coabitação dos idosos com alterações cognitivas/demência**

Variáveis	N	%
<b>COM QUEM VIVE</b>		
Sozinho	20	18
Cônjuge	41	36,6
Filho (a)	24	21,4
Filhos (as) (no caso de alternar periodicamente de casa)	1	0,9
Outros familiares (irmão, neta, genro)	5	4,4
Instituição	21	18,7
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

## 8.2. Caracterização mental, funcional e de dependência dos idosos com alterações cognitivas/demência

Através da aplicação do instrumento de rastreio MMSE, foi possível determinar o nível cognitivo dos idosos. A maior proporção da amostra (71,4%; n= 80) corresponde a idosos com suspeita de declínio cognitivo, contra 28,6% (n=32) que apresenta ausência de suspeita de declínio cognitivo.

**Gráfico 13: Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE**

Ainda quanto à avaliação cognitiva, por sexo (tabela 4), constata-se que a suspeita de declínio cognitivo é maior nas mulheres (43,7%; n=49) do que nos homens (27,6%; n=31). Tais dados não podem, contudo, assumir grande significado, dado que a maior proporção da amostra é constituída por mulheres (74:112) em oposição aos homens (38:112).

Constata-se, ainda, que a faixa etária entre os 81 e os 89 anos é aquela onde a suspeita de declínio cognitivo (33,9%; n=38) apresenta valores mais significativos (tabela 5). Seguidamente, aparece a faixa etária dos 71 aos 80 anos com valores na ordem dos 22,3% para um total de 25 idosos.



**Tabela 4 – Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo com o MMSE, por sexo**

Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE, por sexo	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Suspeita de declínio cognitivo	31	27,6	49	43,7	80	71,3
Ausência de suspeita de declínio cognitivo	7	6,3	25	22,3	32	28,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>33,9</b>	<b>74</b>	<b>66</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Tabela 5 – Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo com MMSE, por idade**

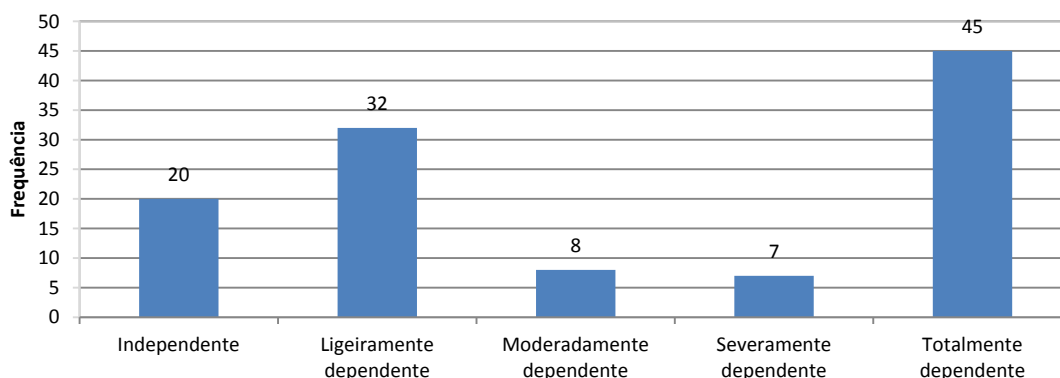
Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE, por idade	Idade								Total	
	65-70 anos		71-80 anos		81-89 anos		91 ou + anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suspeita de declínio cognitivo	10	8,9	25	22,3	38	33,9	7	6,2	80	71,3
Ausência de suspeita de declínio cognitivo	6	5,3	12	10,7	12	10,7	2	1,7	32	28,4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>14,2</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>50</b>	<b>44,6</b>	<b>9</b>	<b>7,9</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

A tabela número 6 permite-nos aferir acerca da suspeita de declínio cognitivo por escolaridade. Assim, verifica-se que a maior proporção dos idosos com suspeita de declínio cognitivo integram o grupo dos que não sabem ler nem escrever (42,5%; n=34). Os valores mais significativos dos idosos, sem ausência de suspeita de declínio cognitivo, situam-se ao nível daqueles que apresentam o 4.º ano de escolaridade, designadamente com 37,5%, num total de 12.

**Tabela 6 – Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE, por escolaridade**

Avaliação do funcionamento cognitivo dos idosos, de acordo o MMSE, por escolaridade	Escolaridade												Total	
	Não sabe ler n/ escrever		Sabe assinar		Sabe ler e escrever		1.º Ciclo incompleto		1.º Ciclo (4.º ano)		Outros			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suspeita de declínio cognitivo	34	42,5	3	3,8	4	5	18	22,5	19	23,8	2	2,6	80	100
Ausência de suspeita de declínio cognitivo	8	25	3	9,4	1	3,1	8	25	12	37,5	-	-	32	100
Total	42	100	6	100	5	100	9	100	31	61,3	2	2,6	112	

O grau de dependência nas atividades básicas da vida diária (ABVD) foi obtido a partir da aplicação do índice de Barthel. A maior proporção da amostra corresponde a idosos que se encontram numa situação de total dependência (40,2%; n=45) e ligeiramente dependente (28,6; n=32). Os valores que assumem menos expressão referem-se à condição de moderadamente dependente e severamente dependente, com 7,1% (n=8) e 6,3% (n=7). Os restantes idosos (17%; n=20) apresentam-se como independentes. O gráfico seguinte sintetiza estes resultados.

**Gráfico 14 – Avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD), de acordo com o índice de Barthel**

Quando se observam as atividades básicas da vida diária (ABVD), de acordo com o sexo, constata-se que as oscilações são mais acentuadas no que se refere aos níveis independente, ligeiramente dependente e totalmente dependente, contudo, esta diferença acentua-se no que se refere ao nível independente, revelando maior autonomia das mulheres (20,3%; n=15) e o inverso relativamente ao nível totalmente dependente, onde se observa maior número de situações do género masculino (44,7%; n=17), como se pode observar na tabela 7.

**Tabela 7 – Caracterização da amostra referente a ABVD, de acordo com o sexo**

Avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD), de acordo com o índice de Barthel, por sexo	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Independente	5	13,2	15	20,3	20	17,9
Ligeiramente Dependente	10	26,3	22	29,7	32	28,6
Moderadamente dependente	3	7,9	5	6,8	8	7,1
Severamente dependente	3	7,9	4	5,4	7	6,3
Totalmente dependente	17	44,7	28	37,8	45	40,2
Total	80	100	32	100	112	110,0

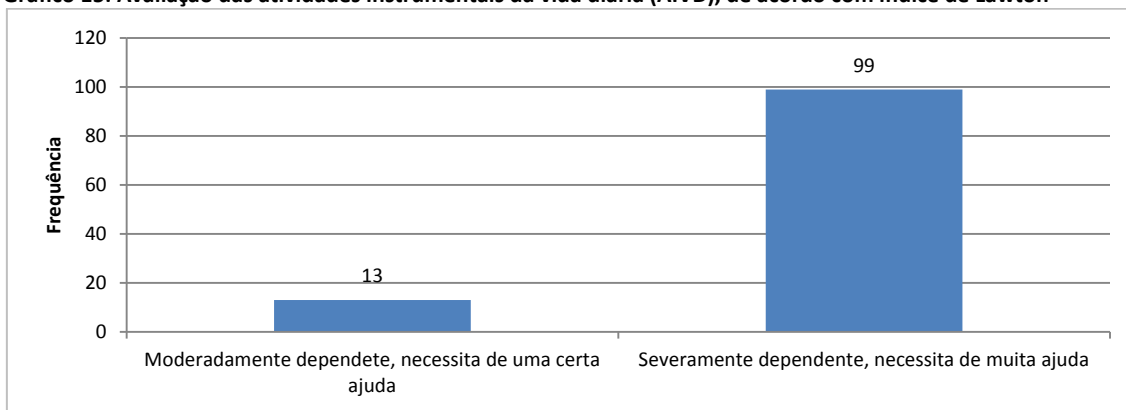
Quando se atenta às atividades básicas de vida diária, de acordo com idade, (tabela 8) observa-se que, nas faixas etárias mais velhas, a independência é menor, com exceção feita ao grupo de idosos de idades compreendidas entre os 71 e 80 anos. Contudo, é de notar que metade ou mais de metade dos idosos, com 81 ou mais anos, se encontra totalmente dependente nas suas atividades básicas de vida diária.

**Tabela 8 – Caracterização da amostra referente a ABVD, de acordo com a idade**

Avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD), de acordo com o índice de Barthel, por idade	Idade									
	65 aos 70 anos		71 aos 80 anos		81 aos 90 anos		91 anos ou + anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Independente	3	18,8	11	29,7	6	12	0	0	20	100
Ligeiramente dependente	4	25	12	32,4	14	28	2	22,2	32	100
Moderadamente dependente	2	12,5	5	13,5	0	0	1	11,1	8	100
Severamente dependente	1	6,3	1	2,7	5	10	0	0	7	100
Totalmente dependente	6	37,5	8	21,6	25	50	6	66,7	45	100
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

Através da aplicação do índice de Lawton foi possível aferir acerca das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). A maior proporção da amostra, 88,9 % dos 99 idosos, apresenta-se como severamente dependentes e, portanto, como necessitando de muita ajuda. Os restantes apresentam-se como moderadamente dependentes (11,6%; n=13).

**Gráfico 15: Avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), de acordo com índice de Lawton**



No que concerne às atividades instrumentais da vida diária (tabela 9), constata-se que nenhum idoso da amostra, independentemente do sexo, se revela independente; mais ainda, que 78,6% está severamente dependente e que os homens estão mais severamente dependentes, comparativamente com as mulheres (92,1%).

**Tabela 9 – Avaliação das AIVDs, de acordo com índice de Lawton, segundo o sexo**

Avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), de acordo com índice de Lawton, por sexo	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Independente	-	-	-	-	-	-
Moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda)	3	7,9	10	13,5	13	21,4
Severamente dependente (necessita de muita ajuda)	35	92,1	64	86,5	99	78,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

Considerando a idade na avaliação das atividades instrumentais da vida diária (tabela 10), observa-se factualmente que aquela é um fator de perda total de independência, pois, com 91 ou mais anos, todos os idosos estão severamente dependentes.

**Tabela 10 – Avaliação das AIVDs, de acordo com índice de Lawton, segundo a idade**

Avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), de acordo com índice de Lawton, por idade	Idade								Total	
	65-70 anos		71-80 anos		81-90 anos		91 ou + anos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Independente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda)	4	25,0	6	16,2	3	6,0	-	-	13	11,6
Severamente dependente (necessita de muita ajuda)	12	75,0	31	83,8	47	94,0	9	100,0	99	88,4
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

### 8.3. Caracterização do estado de saúde do idoso com alterações cognitivas/demência

Quanto à apresentação de um diagnóstico médico acerca da doença, 63%, num total de 68 casos, referiu ter diagnóstico de demência. Os restantes, 36,1%, num total de 39, referiu não ter um diagnóstico preciso acerca da doença.

**Tabela 11 – Caracterização da amostra segundo o diagnóstico de demência**

Diagnóstico de demência	N	%
Não	39	36,1
Sim	68	63,0
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100,00</b>

No concelho de Vizela, a doença de Alzheimer aparece como a forma mais comum de demência (39%; n=42). A demência secundária à doença de Parkinson e por Acidente Vascular Cerebral (demência vascular) apresenta respetivamente, valores de 9,3% (n=10), 6,5% (n=7). A demência secundária à Coreia de Huntington e aos Corpos de Levy apresentam pouca representatividade na totalidade da amostra com (0,9%; n=1) e (0,9%; n=1), respetivamente.

**Tabela 12 – Caracterização do tipo de demência**

Tipo de demência	N	%
Alzheimer	42	39
Parkinson	10	9,3
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	7	6,5
Demência alcoólica	1	0,9
Coreia de Huntington	1	0,9
Corpos de Levy	1	0,9
Não aplicável	38	35,1
Não respondeu	8	7,4
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Pela análise da tabela 13, verifica-se que a maioria dos idosos, segundo a perspetiva do familiar e/ou principal cuidador, apresenta alterações cognitivas/demenciais a diferentes níveis e de modo mais ou menos uniforme. Contudo, é de realçar que a memória é a alteração cognitiva mais sentida (88,9%; n=96), seguida da atenção (80,6%; n=87). Nesta sequência, observa-se que as atividades de vida diária (88%; n=95) e as atividades instrumentais da vida diária (88,9%; n=96) estejam igualmente alteradas, manifestando também alterações da vida ocupacional (89,8%; n=97), alterações da personalidade (83,3%; n=90) e alterações da vida social (88,9%; n=96).

**Tabela 13 – Caracterização das principais alterações cognitivas/demenciais, segundo a perspetiva do familiar e/ou principal cuidador**

Tipo de alteração	Sim		Não	
	N	%	N	%
Memória	96	88,9	6	5,6
Linguagem	78	72,2	24	22,2
Atenção	87	80,6	15	13,9
Apatia/isolamento	85	78,7	16	14,8
Desinteresse	83	76,9	18	16,7
Irritabilidade	77	71,3	23	21,3
Atividades básicas de vida diária (ABVD)	95	88,0	6	5,6
Atividades instrumentais da vida diária (AIVD)	96	88,9	5	4,6
Alteração da vida ocupacional	97	89,8	4	3,7
Alteração da personalidade	90	83,3	11	10,2
Alteração da vida social	96	88,9	5	4,6
Outra	-	-	-	-

Quanto à caracterização do tipo de alteração do grau de gravidade, numa escala de 1 a 3, sendo que 3 é o mais grave e 1 o menos grave, pela análise da tabela 14, constata-se que a grande maioria dos idosos apresenta alterações de nível 3, segundo a perceção do familiar e/ou principal cuidador, revelando claro comprometimento nas atividades básicas da vida diária (56,5%; n=61) e nas atividades instrumentais da vida diária (64,8%; n=70).

**Tabela 14 – Caracterização do tipo de alteração, segundo o grau de gravidade**

Tipo de alteração	Grau de gravidade						Sem alteração	
	1		2		3			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Memória	20	18,5	33	30,6	43	39,8	6	5,6
Linguagem	16	14,8	27	25,0	35	32,4	23	21,3
Atenção	22	20,4	29	26,9	36	33,3	14	13,0
Apatia/isolamento	23	21,3	28	25,9	33	30,6	16	14,8
Desinteresse	18	16,7	29	26,9	36	33,3	18	16,7
Irritabilidade	11	10,2	24	22,2	41	38,0	22	20,4
Atividades básicas de vida diária (ABVD)	13	12,0	18	16,7	61	56,5	8	7,4
Atividades instrumentais da vida diária (AIVD)	11	10,2	16	14,8	70	64,8	4	3,7
Alteração da vida ocupacional	16	14,8	22	20,4	58	53,7	4	3,7
Alteração da personalidade	17	15,7	26	24,1	47	43,5	11	10,2
Alteração da vida social	15	13,9	23	21,3	57	52,8	5	4,6
Outra	-	-	-	-	2	1,9	-	-

De acordo com a tabela 15, a manifestação de sinais e sintomas acontece, sobretudo, no período de 1-2 anos e de entre 3-4 anos, pois são aqueles períodos que apresentam maior representatividade, designadamente com 30,6% (n=33) e 25% (n=27). De seguida, aparece o período de 5-6 anos e mais 7+ anos 17,6% (n=19) e 16,7% (n=18), respetivamente.

**Tabela 15 – Caracterização da duração da sintomatologia**

Anos de manifestação de sintomatologia (alterações cognitivas/demência)	N	%
Menos de um ano	9	8,3
Um a dois anos	33	30,6
Três a quatro anos	27	25,0
Cinco a seis anos	19	17,6
Mais de sete	18	16,7
Não respondeu	2	1,9
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100,00</b>

Da tabela 16, é possível aferir, pela análise das respostas obtidas, que os idosos apresentam dificuldades de nível médio, sendo estas identificadas no reconhecimento de pessoas e objetos (nível 4=34,2%) e na compreensão do que as pessoas dizem (nível 5 =23,7%); no entanto, relativamente à fala (nível 6=17,1%) e ao andar (nível 7=26,3%), estes idosos referem que o nível de dificuldade é maior. Mas as maiores dificuldades sentidas por todos são, sobretudo, ao nível dos cuidados pessoais (nível 7=51,3%) e das atividades instrumentais da vida diária (nível 7=63,3%). De notar que quase não sentem dificuldades em comportar-se de forma adequada às situações (nível 2=35,6%) ou fazer face a situações com ajudas técnicas (nível 2=43,5%).

**Tabela 16 – Caracterização das principais dificuldades com que os idosos se confrontam no seu dia-a-dia, segundo a perspetiva do familiar e/ou principal cuidador**

Principais dificuldades com que o doente se confronta no seu dia a dia	N									%								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Reconhecer pessoas e objetos	3	9	9	25	10	6	6	1	4	4,1	12,3	12,3	34,2	13,7	8,2	8,2	1,4	5,5
Compreender o que as pessoas dizem	1	6	7	10	18	14	9	6	5	1,3	7,9	9,2	13,1	23,7	18,4	11,8	7,9	6,6
Falar	7	6	13	11	11	13	4	6	5	9,2	7,9	17,1	14,5	14,5	17,1	5,2	7,9	6,6
Andar	3	9	5	9	11	7	20	9	3	3,9	11,8	6,6	11,8	14,5	9,2	26,3	11,8	3,9
Cuidar-se (cuidados pessoais)	3	1	2	4	7	16	41	6	-	3,8	1,2	2,5	5	8,7	20	51,3	7,5	-
Fazer atividades instrumentais da vida diária (tarefas domésticas)	1	1	2	7	10	8	50	-	-	1,3	1,3	2,5	8,9	12,6	10,1	63,3	-	-
Comportar-se de forma adequada às situações	9	26	5	7	12	6	5	3	-	12,3	35,6	6,8	9,6	16,4	8,2	6,8	4,1	-
Fazer face a situações com ajudas técnicas	2	30	7	7	6	7	7	2	1	2,9	43,5	10,1	10,1	8,7	10,1	10,1	2,9	1,4
Outras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

#### 8.4. Caracterização sociodemográfica, económica e social dos familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas/demência

Considerando os cuidadores, como é possível observar na Tabela 17, dos 108 familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas que integraram a amostra, a quase totalidade, 90,7% (n= 98), residiam no concelho de Vizela. Os restantes residiam em concelhos limítrofes, designadamente Guimarães (4,6%; n=5), Felgueiras (2,8%; n=3) e Santo Tirso (0,9%; n=1). Um último referiu que residia no concelho do Porto (0,9%; n=1).

Quanto às freguesias de residência, as que mais se destacam são as de S. Miguel (35,2%; n=38), Santa Eulália (18,5%; n=20) e S. João (18,5%; n=20). As restantes freguesias, designadamente, Santo Adrião, São Paio, Tagilde e Infias apresentam, respetivamente, os seguintes dados: 8,3%, num total de 9; 6,5%, num total de 7, 4,6%, num total de 5 e 2,0%, num total de 2.

No geral, em Vizela, são as mulheres (74,1%; n=80), contrariamente aos homens (25,9%; n=28), que mais assumem os cuidados aos idosos. Já quanto às idades, às idades das pessoas que cuidam, estas variam entre os 19 e os 92 anos (Média= 59 anos; SD =14,4). O estado civil mais prevalente é o casado (75,0%; n=81), logo seguida do estado de solteiros com 13,0% do total de 14; os restantes estados assumem pouca relevância, designadamente os separados/divorciados e os viúvos com 4,6%, num total de 5 e as uniões de facto, com 2,8%, num total de 3.

**Tabela 17 – Caracterização sociodemográfica dos familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas/demência**

Variáveis	N	%
<b>CONCELHO DE RESIDÊNCIA</b>		
Guimarães	5	4,6
Felgueiras	3	2,7
Santo Tirso	1	0,9
Porto	1	0,9
Vizela	98	90,7
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>
<b>FREGUESIA DE RESIDÊNCIA</b>		
S. Miguel	38	35,2
S. João	17	15,7
Santa Eulália	20	18,5
Infias	2	2
Santo Adrião	9	8,3
Tagilde	5	4,6
S. Paio	7	6,5
Freguesias de outros concelhos	10	9,2
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	28	25,9
Feminino	80	74,1
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>
<b>IDADE</b>		
Até aos 25 anos	2	1,9
31-35 anos	2	1,9
36- 40 anos	7	6,5
41- 45 anos	13	12
46- 50 anos	11	10,2

51-55 anos	11	10,2
56 aos 60 anos	8	7,4
61- 65 anos	16	14,8
66-70 anos	16	14,8
71-75 anos	8	7,4
76-80 anos	9	8,3
Mais de 81 anos	5	4,4
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>
Mínima	19	-
Máxima	92	-
Média de idade	59	-
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiro (a)	14	13
Casado (a)	81	75
União de facto	3	2,8
Separado (a)/Divorciado(a)	5	4,6
Viúvo (a)	5	4,6
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Os cuidadores destes idosos relativamente ao grau de escolaridade, (tabela 18) na sua maioria têm o 1º ciclo incompleto ou completo (perfazendo 51%), sendo de notar que 9,3% não sabe ler nem escrever. Quanto à principal origem dos rendimentos, 36,1% obtém rendimentos provenientes da sua atividade profissional, contrariamente a 13,9% que não dispõem de qualquer tipo de rendimento (5,6%; n=6) ou se encontra na situação de desempregado, mas a receber a prestação de subsídio de desemprego (8,3%; n=9). Também quanto à última profissão exercida, a indústria têxtil é a mais representativa no universo dos familiares e/ou cuidadores com 37% (n=40).

**Tabela 18 – Caracterização socioeconómica dos familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas/demência**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>		
Não sabe ler nem escrever	10	9,3
Sabe assinar	5	4,6
1.º Ciclo incompleto	14	13
1.º Ciclo (4.º ano)	41	38
2.º Ciclo (6.º ano)	9	8,3
3.º Ciclo (9.º ano)	12	11,1
Ensino Secundário (12.º ano)	9	8,3
Outros	8	7,4
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>
<b>PRINCIPAL ORIGEM DO RENDIMENTO</b>		
Pensões (reforma, invalidez, sobrevivência, pensão social)	54	50
Trabalho .....	39	36,1
Subsidio desemprego	9	8,3
Sem rendimentos	6	5,6
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>



ÚLTIMA PROFISSÃO		
Agricultura	4	3,8
Indústria têxtil	40	37
Doméstica	9	8,3
Administrativo	4	3,8
Auxiliar de ação educativa	7	6,4
Comerciante/industrial	10	9,2
Desempregado	8	7,4
Outras	12	11,1
Não respondeu	14	13
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Também nesta amostra é no seio da família que maioritariamente os idosos são cuidados. Como está representado na tabela 19, os principais cuidadores são os filhos (51%; n=55), seguidamente do cônjuge (28,7%; n=31). De notar que apenas 4,6% (n=5) dos cuidadores não têm qualquer tipo de relação de parentesco, afigurando-se como amigos/vizinhos ou outros.

**Tabela 19 – Caracterização da relação de parentesco dos familiares e/ou principal cuidador dos idosos com alterações cognitivas/demência**

Variáveis	N	%
RELAÇÃO COM O IDOSO		
Cônjuge	31	28,7
Filho (a)	55	51
Irmão (ã)	5	4,6
Outro familiar (neto, nora, sobrinha, afilhada)	12	11,1
Amigo/Vizinho	3	2,8
Outro (empregada)	2	1,8
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

## 8.5. Tipos de apoios recebidos

Pela observação da tabela 20, podemos perceber quais os tipos de apoio recebidos e quem são os principais prestadores desses apoios nas atividades da vida diária. Percebe-se, ainda, que as maiores necessidades, são, sobretudo, de tipo instrumental e prestadas pelo cônjuge ou outro familiar, sobretudo, no que se refere à gestão de dinheiro (respetivamente, 20,4%; n=22 e 48,1%; n=52). Atividades como: ir às compras (46,3%; n= 50), tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica (47,2%; n=51) e o transporte do doente (47,2%; n=51) são apoios dados, sobretudo, por outro familiar. Tal facto decorre do cônjuge também já ser idoso, apresentar, igualmente, alguma dependência, ou não conduzir, cabendo, por isso, essa tarefa aos filhos. De

notar, que ao nível de apoio pessoal (18,5%; n=20) e da mobilidade (10,2%; n=11) estes idosos têm mais que um prestador de cuidados.

Tabela 20 – Caracterização do tipo de apoio recebido nas atividades de vida diária

Tipos de apoios recebidos		Cônjuge		Outro familiar		Não familiar		Empregada doméstica		Apoio Instituição		Não tem apoio disponível		Não precisa de ajuda		Mais do que um prestador		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pessoa que presta apoio																			
Pessoais	Apoio pessoal	14	13,0	25	23,1	2	1,9	1	0,9	33	30,6	1	0,9	11	10,2	20	18,5	108	100
	Mobilidade	13	12,0	28	25,9	2	1,9	2	1,9	28	25,9	1	0,9	17	15,7	11	10,2	108	100
Instrumentais	Efetuar trabalhos domésticos	15	13,9	44	40,7	2	1,9	7	6,5	27	25,0	-	-	3	2,8	8	7,4	108	100
	Tomar conta de medicamentos	15	13,9	40	37,0	2	1,9	4	3,7	29	26,9	1	0,9	6	5,6	9	8,3	108	100
	Fazer gestão de dinheiro	22	20,4	52	48,1	1	0,9	1	0,9	19	17,6	3	2,8	4	3,7	4	3,7	108	100
	Utilizar telefone	21	19,4	36	33,3	2	1,9	2	1,9	22	20,4	2	1,9	10	9,3	8	7,4	108	100
	Ir às compras	22	20,4	50	46,3	1	0,9	3	2,8	19	17,6	2	1,9	1	0,9	7	6,5	108	100
	Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica	12	11,1	51	47,2	1	0,9	1	0,9	23	21,3	2	1,9	1	0,9	15	13,9	108	100
	Transportar o doente	8	7,4	51	47,2	1	0,9	1	0,9	27	25,0	3	2,8	1	0,9	13	12,0	108	100
	Atividades de lazer	6	5,6	24	22,2	2	1,9	-	-	27	25,0	10	9,3	1	0,9	11	10,2	108	100

Nas atividades do quotidiano, (tabela 21) a população da amostra, na sua maioria, refere não sentir falta de acompanhamento médico ao nível da clínica geral (80,6%; n=87) ou dificuldades no acesso aos cuidados de reabilitação (67,6%; n=73). Contudo, referem sentir necessidades ao nível económico, designadamente, face aos elevados custos na aquisição de medicação, materiais de reabilitação (55,6%; n=60) e dificuldades em obter informações acerca da doença (44,4%; n=48). Nos restantes aspetos abordados, isto é, necessidades psicológicas, sociais, de transporte e tempos livres, na generalidade estes aspetos não são destacados como necessários ou lhes fazendo falta.

Tabela 21 – Caracterização das necessidades do idoso no seu quotidiano

Tipo de necessidade com que o idoso se confronta no seu dia-a-dia		Sim		Não		Total	
		N	%	N	%	N	%
Saúde	Falta de acompanhamento médico (clínica geral)	10	9,3	87	80,6	108	100
	Falta de acompanhamento médico (neurologia, psiquiatria)	26	24,1	71	65,7	108	100
	Difícil acesso a cuidados de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala)	24	22,2	73	67,6	108	100
	Outras	-	-	97	89,8	108	100
Económicas	Elevadas despesas com a casa (água, luz, gás, telefone, entre outras)	29	26,9	68	63,0	108	100
	Elevados custos com medicamentos, material de reabilitação	60	55,6	37	34,3	108	100
Psicológicas	Falta de apoio psicológico	20	18,5	77	71,3	108	100
	Falta de convívio com outras pessoas	7	6,5	90	83,3	108	100
	Outras	-	-	97	89,8	108	100
Informação	Difícil informação sobre a doença	48	44,4	49	45,4	108	100
	Difícil acesso a informação sobre apoios existentes	18	16,7	79	73,1	108	100
Sociais	Falta de apoios económicos (atribuição de subsídios e comparticipação nos medicamentos, exames, etc.)	36	33,3	61	56,5	108	100
	Inexistência de benefícios em termos de IRS	6	5,6	91	84,3	108	100
	Difícil acesso a serviços de apoio domiciliário mais adequados à doença	4	3,7	93	86,1	108	100
	Difícil acesso a centros de dia com estruturas adequadas à doença	3	2,8	94	87,0	108	100
	Difícil acesso a internamentos temporários	9	8,3	88	81,5	108	100
	Difícil acesso a lares com serviços adequados a este tipo de doentes	11	10,2	86	79,6	108	100
	Difícil acesso a serviços de saúde	8	7,4	89	82,4	108	100
	Difícil acesso a serviços sociais	2	1,9	95	88,0	108	100
	Outros	-	-	97	89,8	108	100
Transporte	Difícil acesso a transportes públicos	-	-	97	89,8	108	100
	Dificuldade em ter alguém que possa conduzir uma viatura ligeira própria	-	-	97	89,9	108	100
Tempos livres	Difícil acesso a atividades culturais e de lazer	3	2,8	94	87,0	108	100
	Falta de atividades de ocupação	3	2,8	94	87,0	108	100
	Outras	-	-	97	89,8	108	100

Do total dos 108 inquiridos, 50,0% (n=54), responderam beneficiarem do apoio de alguma instituição concelhia. Ressalte-se que as instituições locais abrangem as respostas de lar, CD e SAD. Todas elas, com exceção de uma, caso concreto de um lar privado, têm o estatuto de instituição particular de solidariedade social (IPSS).

No que se refere à distribuição do apoio social pelas diferentes instituições concelhias, (tabela 22), este distribuiu-se da forma que se passa a descrever. Dos 108 idosos inquiridos, 76,8 %, (n=83) residem em casa. 50 %, (n=54) encontram-se em casa sem o apoio de qualquer tipo de resposta social; 18,5% (n=20) têm apoio do serviço de apoio domiciliário, 7,4 %, (n=8) frequentam o centro de dia e 24% (n= 26) encontram-se integrados em lar.

**Tabela 22 – Caracterização do tipo de serviço recebido**

Acesso a apoio social prestado por alguma instituição?		N	%
Sim	Serviço de apoio domiciliário	20	18,5
	Centro de dia	8	7,4
	Lar	26	24
Não tem apoio de qualquer resposta social		54	50
Total		108	100,0

Quanto ao tempo de utilização do serviço e/ou equipamento, (tabela 23), na valência de SAD e de lar, o período de entre um a dois anos aparece como a mais prevalente com valores de 38,9% (n=7) e 41,6% (n=10), respetivamente. No caso da valência centro de dia, o período de utilização mais relevante é menos de um ano, com 37,5%, num total de 3.

**Tabela 23 – Caracterização do tempo de utilização serviço/equipamento**

Há quanto tempo utiliza o serviço e/ou equipamento	SAD		Lar		Centro de Dia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de um ano	6	33,4	4	16,7	3	37,5	13	26
Entre um e dois anos	7	38,9	10	41,6	2	25	19	38
Três a quatro anos	1	5,5	6	25	2	25	9	18
Mais de quatro anos	4	22,2	4	16,7	1	12,5	9	18
Total	18	100	24	100	8	100	50	100

Os serviços prestados pela SAD, como se pode verificar na tabela 24, são diversos, e deles beneficiam 20 idosos. No entanto, é relevante mencionar o facto de nenhum idoso referir usufruir dos serviços de terapia ocupacional e fisioterapia. Tal facto decorre destes serviços serem, ainda, considerados como pouco relevantes ao nível do SAD. Por conseguinte, e tal como é tradição neste tipo de apoio, os serviços mais requisitados são a alimentação (89,5%; n=17) e a higiene pessoal (84,2%; n=16).

Tabela 24 – Caracterização do serviço prestado no âmbito do SAD

Serviço de apoio domiciliário	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Higiene Pessoal	16	84,2	3	15,8	19	100
Limpeza e manutenção da casa	2	10,5	17	89,5	19	100
Alimentação	17	89,5	2	10,5	19	100
Lavagem da roupa	9	47,4	10	52,6	19	100
Apoio médico	2	10,5	17	89,5	19	100
Apoio de enfermagem	3	15,8	16	84,2	19	100
Terapia ocupacional	-	-	19	100	19	100
Fisioterapia	-	-	19	100	19	100
Apoio psicológico	5	26,3	14	73,7	19	100
Companhia	1	5,3	18	94,7	19	100
Outros serviços (Serviços de estética)	1	5,3	18	94,7	19	100

O tipo de serviços prestados pelo centro de dia (tabela 25) são muito idênticos aos serviços prestados no âmbito do SAD; no entanto, de entre a seleção de serviços existentes, os mais requisitados são a alimentação, o apoio psicológico, a animação/ocupação e o transporte entre o domicílio e o centro de dia e vice-versa (100%; n=8).

Tabela 25 – Caracterização do serviço prestado no âmbito do CD

Centro de Dia	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alimentação	8	100	-	-	8	100
Higiene Pessoal	5	62,5	3	37,5	8	100
Lavagem Roupa	4	50	4	50	8	100
Apoio médico	6	75	2	25	8	100
Apoio enfermagem	7	87,5	1	12,5	8	100
Terapia ocupacional	3	37,5	5	62,5	8	100
Fisioterapia	2	25	6	75	8	100
Apoio psicológico	8	100	-	-	8	100
Animação e ocupação	8	100	-	-	8	100
Transporte do domicílio e vice-versa	8	100	-	-	8	100
Outros	-	-	8	100	8	100

Em regime de colocação institucional (lar), encontram-se 26 idosos da amostra. Por observação da tabela 26, é possível verificar que todos usufruem de apoio médico, de enfermagem e psicologia e a quase totalidade, à exceção de 1 (3,8%) que, referiu não usufruir de apoio nas atividades da vida diária, assim como nas atividades de animação e ocupação.

Tabela 26 – Caracterização do serviço prestado no âmbito do lar

Lar	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Apoio nas atividades da vida diária	25	96,2	1	3,8	26	100
Terapia ocupacional	7	26,9	19	73,1	26	100
Fisioterapia	9	34,6	17	65,4	26	100
Apoio médico	26	100	-	-	26	100
Apoio de enfermagem	26	100	-	-	26	100
Apoio psicológico	26	100	-	-	26	100
Animação e ocupação	25	96,2	1	3,8	26	100
Outros serviços (acompanhamento a consultas, serviços estética, apoio psicossocial)	10	38,5	16	61,5	26	100

Considerou-se pertinente perceber a periodicidade dos serviços prestados pelo SAD, contudo, foram muitas as ausências de resposta, pelo que os únicos dados disponíveis são relativos à higiene pessoal e alimentação que, de facto, parecem ser satisfatórios face às necessidades apresentadas pelos idosos. No entanto, é de evidenciar a notória ausência de prestação de serviços no período do fim-de-semana (tabela 27).

Tabela 27 – Caracterização da periodicidade dos serviços prestados no âmbito do SAD

Serviços prestados ao idoso (serviço apoio domiciliário)	N.º dias úteis					N.º de vezes por dia					Fins de semana			N.º de vezes por dia				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	+5	1	2	+2	1	2	3	4	+4
Higiene pessoal	-	-	1	-	14	4	3	6	1	1	-	10	-	1	6	1	1	-
Limpeza manutenção	2	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
Alimentação	-	-	-	-	16	4	-	5	3	3	-	12	-	4	5	2	-	1
Lavagem da roupa	1	-	1	-	6	7	-	1	-	-	-	5	-	3	2	-	-	-
Apoio médico	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Apoio Enfermagem	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia ocupacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fisioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Apoio psicológico	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Companhia	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outro	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

No que a avaliação dos serviços diz respeito, (tabela 28) e tendo em conta os critérios pré-definidos (muito bons, bons, razoáveis, insuficientes e maus), na valência de lar, os inquiridos referem, na sua maioria, que este apresenta serviços muito bons (73%; n=19), sendo que um inquirido não respondeu. Relativamente ao centro de dia a maioria também considera os serviços muito bons (62,5%; n=5), sendo os restantes avaliados como bons. Os serviços prestados pelo SAD são classificados pela maioria como bons (55,6%; n=10) e os restantes dividem igualmente a sua opinião entre uma classificação de muito bons ou razoáveis.

**Tabela 28 – Caracterização da avaliação dos serviços**

Avaliação da globalidade dos serviços	Muito Bons		Bons		Razoáveis		Insuficientes		Maus	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SAD	4	22,2	10	55,6	4	22,2	-	-	-	-
Lar	19	73	5	19,2	1	3,8	-	-	-	-
Centro Dia	5	62,5	3	37,5	-	-	-	-	-	-

Das entidades concelhias com intervenção na área dos idosos e que participaram no estudo, (tabela 29) todas elas têm estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), designadamente, com as valências de lar, centro de dia e SAD. Existe ainda um lar privado, ligado a uma das IPSS locais, assumindo, contudo, a denominação de entidade lucrativa. Assim, dos idosos inquiridos, 88,5% (N=23) que se encontram integrados e/ou a usufruir de serviços das entidades locais, com estatuto de IPSS, apenas 11,5%, de um total de 3, referiram encontrar-se integrados em entidade lucrativa (lar).

**Tabela 29 – Caracterização do estatuto das entidades prestadoras dos serviços**

Estatuto das entidades prestadoras de serviços	N	%
Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)	23	88,5
Entidade lucrativa	3	11,5
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Em relação ao valor das mensalidades pagas, (tabela 30) estes variam em função da valência frequentada. Deste modo, para a mensalidade do lar, há idosos que nada pagam, enquanto o valor máximo pago é de €900,00. A média das mensalidades é de €106,06, o que se pode considerar extremamente baixo face às despesas que este tipo de equipamentos implica, nomeadamente ao nível de recursos humanos e materiais, o que poderá mesmo colocar em causa a sustentabilidade da instituição e a prestação de bons cuidados. Para a valência de SAD, os valores mínimos pagos são de €108,00 e o máximo de €600,00, sendo o valor médio da mensalidade de €30,21. Relativamente ao centro de dia, os valores da mensalidade vão desde os 0 € até um valor máximo de €215,00. O valor médio da mensalidade é de €10,59.

**Tabela 30 – Caracterização das mensalidades pagas pela utilização/frequência dos serviços**

Mensalidades pagas pelos serviços	Mínimo	Máximo	Média
SAD	€ 108,00	€ 600,00	€ 30,21
Lar	€ 0	€ 900,00	€106,06
Centro de dia	€ 106,06	€ 215,00	€ 10,59

Para além do apoio nas atividades de vida diária, a mensalidade do lar contempla outros serviços (tabela 31), dos quais se destaca o apoio psicológico que os 26 inquiridos referiram beneficiar. O apoio médico e de enfermagem são também referidos como sendo utilizados por 96,2% dos idosos (n=25). A fisioterapia e a terapia ocupacional são os serviços menos referidos (26,9%; n=7).

**Tabela 31 – Caracterização dos serviços contemplados no valor da mensalidade**

<b>Outros serviços prestados para além do apoio nas AVD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Terapia ocupacional	7	26,9
Fisioterapia	7	26,9
Apoio médico	25	96,2
Apoio de enfermagem	25	96,2
Apoio psicológico	26	100
Bens (fraldas, medicação, outros)	8	30,7
Outros	8	30,7

No que concerne às visitas aos idosos que se encontram integrados nas valências de lar por parte da família (tabela 32), constata-se que a sua regularidade assume maior relevância na vertente de todos os dias (30,7%; n=8), duas vezes por semana (23,1%; n=6) e no período de fim-de-semana (23,1%; n=6). As restantes vertentes não apresentam valores expressivos. De notar que alguns dos idosos inquiridos (79) não se enquadram na pergunta, dado que não se encontram integrados em equipamento/valência de apoio social. Analogamente, a frequência das visitas aos idosos, por parte de amigos, vizinhos e conhecidos, apresentam resultados similares na vertente duas vezes por semana (26,9%; n=7), uma vez por mês (23,1%; n=6), ao fim de semana (19,2%; n=5) e quinzenalmente (15,4%; n=4). Contrariamente, as visitas efetuadas por amigos, vizinhos e/ou conhecidos não têm uma regularidade diária, sendo que a frequência das visitas é mais relevante nas vertentes de duas vezes por semana (26,9%; n=7) ou uma vez por mês (23,1%; n=6). Os restantes inquiridos não se enquadram na pergunta, dado não se encontrarem integrados em regime de colocação institucional (lar de idosos).

**Tabela 32 – Caracterização da frequência das visitas aos idosos que se encontram integrados em lar**

<b>Frequência das visitas</b>	<b>Família</b>		<b>Amigos, vizinhos e conhecidos</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Todos os dias	8	30,7	-	-
Duas vezes por semana	6	23,1	7	26,9
Ao fim de semana	7	26,9	5	19,2
Quinzenalmente	-	-	4	15,4
Uma vez por mês	1	3,8	6	23,1
De seis em seis meses	-	-	-	-
Uma vez por ano	-	-	-	-
Outra	1	3,8	-	-

## 8.6. Acessibilidade aos serviços de saúde e de segurança social

Em relação à acessibilidade aos serviços de saúde (tabela 33), aquele que maior frequência apresenta é o Centro de Saúde (neste caso USF), mais especificamente, as consultas com o



médico de família com 80,5% de um total de 87. De seguida aparecem as consultas de especialidade no hospital público com 39,8% (n=43) e as consultas com o médico de especialidade a título particular com 21,3% (n=23). De referir que 7 elementos da amostra não responderam à questão, perfazendo 6,5%.

**Tabela 33 – Caracterização dos serviços de saúde a que o idoso recorre**

Serviços a que recorre o idoso	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Médico de família (Centro de Saúde)	87	80,5	14	13	101	93,5
Médico de clínica geral (particular)	7	6,4	94	87,1	101	93,5
Médico da especialidade (Hospital)	43	39,8	58	53,7	101	93,5
Médico da especialidade (particular)	23	21,3	78	72,2	101	93,5
Outro (instituição)	12	11,1	89	82,4	101	93,5

Relativamente à frequência com que os inquiridos recorrem aos serviços do Centro de Saúde (tabela 34), constata-se que os períodos superiores a seis meses e de três a seis meses são os que apresentam valores mais expressivos, respetivamente com 34,3% (n=37) e 22,2% (n=24). Também no caso do serviço de Centro de Saúde (médico de família) a regularidade de um mês apresenta valores relevantes (13%; n=14). Dos idosos em acompanhamento hospitalar em médico de especialidade (n=40), mais de metade é observado num intervalo superior a 6 meses. Já quando se trata de cuidados de enfermagem, constata-se que a periodicidade de frequência dos serviços assume um carácter mais regular: uma frequência semanal ou mensal, com 10,2 %, num total de 11 para ambas as situações.

**Tabela 34 – Caracterização da frequência com que recorre aos serviços**

Frequência com que recorre aos serviços de saúde	Todas as semanas		Todos os meses		De dois em dois meses		De três a seis meses		Período superior a seis meses		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Médico de família (Centro de Saúde)	-	-	14	13	13	12	24	22,2	37	34,3	88
Médico de clínica geral (particular)	-	-	2	1,9	-	-	1	0,9	5	4,6	8
Médico da especialidade (Hospital)	-	-	1	0,9	1	0,9	16	14,8	22	20,4	40
Médico da especialidade (particular)	-	-	1	0,9	-	-	15	13,9	9	8,3	25
Outros (enfermagem)	11	10,2	11	10,2	4	3,7	4	3,7	-	-	30

Quanto ao subsistema de saúde (tabela 35), aquele que apresenta maior representatividade face aos inquiridos é, sem dúvida, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com 94,4% (n=102), contrariamente ao subsistema da Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) com 3,7% (n=2).

**Tabela 35 – Caracterização do subsistema de saúde**

Qual o subsistema de saúde	N	%
SNS	102	94,4
ADSE	4	3,7
Não respondeu	2	1,9
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

No que diz respeito ao tipo de apoio recebido quando procuram os serviços de saúde (tabela 36), aquele que apresenta maior representatividade é o apoio medicamentoso com 74,1% (n=80), logo seguido dos meios complementares de diagnóstico (69,4%; n=75) e as consultas de especialidade (33,3%; n=36). Nenhum idoso referiu internamento ou qualquer outro tipo de apoio recebido.

**Tabela 36 – Caracterização dos apoios/serviços de saúde recebidos**

Apoios recebidos pelos serviços de saúde	N	%
Apoio medicamentoso	80	74,1
Meios complementar de diagnóstico e terapêutica	75	69,4
Consulta especialidade	36	33,3
Internamentos hospitalares	-	-
Outros	-	-

Dos 36 idosos que recorrem a consultas de especialidade (tabela 37), 63,9% (n=23) fá-lo à especialidade de neurologia, 25% (n=9) à especialidade de psiquiatria e os restantes 11,1% (n=4) a outras especialidades.

**Tabela 37 – Caracterização da consulta de especialidade a que mais recorre**

Consulta de especialidade que mais recorre	N	%
Neurologia	23	63,9
Psiquiatria	9	25
Outras (medicina interna, cardiologia, oftalmologia)	4	11,1
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Quanto aos apoios recebidos pelos serviços de saúde relativamente à doença (tabela 38), 59,3% (n= 64) dos familiares e/ou principais cuidadores refere não ter qualquer tipo de apoio. Os apoios elencados são a informação sobre os sintomas iniciais, evolução da doença e forma de cuidar do idoso (32,4%; n=35), o acompanhamento (26,9%; n=29) e o apoio psicológico aos familiares do idoso (5,6%; n=6).

**Tabela 38 – Caracterização dos apoios dos serviços de saúde dados aos familiares/cuidador principal**

Sobre a doença, os familiares/principal cuidador tem tido apoios dos serviços de saúde	N	%
Não	64	59,3
Sim	41	38,0
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Relativamente aos apoios recebidos pelo serviço de saúde (tabela 39), percebe-se que estes incidem sobretudo na informação dada sobre os sintomas iniciais, evolução da doença e forma de cuidar do idoso (32,4%; n=35) e no acompanhamento dado aos familiares do idoso (26,9%; n=29).

**Tabela 39 – Caracterização do tipo de apoios recebidos pelos serviços de saúde**

Tipo de apoios recebidos pelos serviços de saúde	N		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Informação sobre sintomas iniciais, evolução da doença e forma de cuidar do idoso	35	7	50	12,5
Acompanhamento aos familiares do idoso	29	13	41,4	23,2
Apoio psicológico aos familiares do idoso	6	36	8,6	64,3
Outros				
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Já no que concerne aos recebidos pelos serviços da segurança social em situação de doença (tabela 40), 60,2%, num total de 65, refere terem sido apoiados pelos serviços da segurança social e/ou outras entidades. Contrariamente, 38,0% (n=41) referem não ter qualquer tipo de apoio. Dos apoios recebidos, designadamente ao nível das prestações sociais, aquela que apresenta maior destaque é o complemento por dependência com 49,1% (n= 53). Quanto aos apoios materiais, a integração em instituição e/ou serviço aparece com 24,1%, num total de 26.

**Tabela 40 – Caracterização dos apoios recebidos pelos serviços da segurança social**

O doente tem sido apoiado pelos serviços de segurança social ou outras entidades e/ou instituições	N	%
Não	41	38,0
Sim	65	60,2
Não respondeu	2	1,9
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Dos 65 idosos que usufruem apoio da segurança social (tabela 41), observa-se que nenhum idoso recebe quaisquer apoios financeiros (subsídios eventuais), e que só 9,2% da amostra (n=6) recebe subsídio por assistência à terceira pessoa; no entanto, 81,5% (n=53) recebe complemento por dependência. No que se refere a apoios materiais, constata-se que 60% (n=40) está integrado numa instituição ou serviço, contudo a ampla maioria não tem qualquer outro apoio material.

Tabela 41 – Caracterização do tipo de apoios recebidos pelos serviços da segurança social

Tipo de apoios recebidos pelos serviços da segurança social ou outras entidades/instituições?		N		%	
		Sim	Não	Sim	Não
Apoios Financeiros (subsídios eventuais, nomeadamente compra de medicamentos)		-	65	-	100
Prestações sociais	Subsídio por assistência a terceira pessoa	6	59	9,2	90,8
	Complemento por dependência	53	12	81,5	18,5
Apoios materiais	Integração em instituição e/ou serviço	26	40	40	60
	Prestação de serviços de apoio	5	60	7,7	92,3
	Realização de obras de adaptação em casa	1	64	1,5	98,5
	Ajudas técnicas (cadeiras de rodas, camas articuladas, fraldas)	7	58	10,8	89,2
Outras prestações sociais		-	-	-	-

## 8.7. Redes familiares: impacto da doença na esfera familiar

Grande parte dos inquiridos (41,7%; n=45) refere ter o idoso ao seu cuidado num período que medeia entre os 3 e os 5 anos. De seguida, aparece o período mais de 5 anos e 1 a 2 anos, respetivamente com 25,9% (n=28) e 17,6% (n=19). Constata-se, portanto, por análise da tabela 42, que quase a totalidade da amostra (85,2%; n= 92) refere prestar cuidados aos idosos por um período que medeia entre o 1 ano e mais de 5 anos.

Tabela 42 – Caracterização do tempo de prestação de apoio ao idoso

Há quanto tempo o principal cuidador presta apoio ao doente	N	%
Menos de 6 meses	4	3,7
Entre 6 meses e 1 ano	9	8,3
Entre 1 e 2 anos	19	17,6
Entre 3 e 5 anos	45	41,7
Mais de 5 anos	28	25,9
Não respondeu	3	2,8
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao tipo de cuidado prestado, constata-se que a maioria dos idosos apresenta uma grande necessidade de apoio ao nível das atividades de vida diária. Estas necessidades manifestam-se, sobretudo, no ir às compras e no tratamento de assuntos administrativos, como por exemplo, ir a

uma consulta (75,9%; n=82) e fazer a gestão de dinheiro (70,4%; n=76). De notar que 9 elementos da amostra não responderam a esta questão.

**Tabela 43 – Caracterização do tipo de cuidado prestado no âmbito das atividades de vida diária**

Tipo de cuidado prestado ao nível das atividades de vida diária	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Apoio Pessoal	64	59,3	35	32,4	99	91,7
Apoio na mobilidade	62	57,4	37	34,3	99	91,7
Trabalhos domésticos	71	65,8	28	25,9	99	91,7
Tomar conta de medicamentos	69	63,9	30	27,8	99	91,7
Fazer Gestão de Dinheiro	76	70,4	23	21,3	99	91,7
Utilizar telefone	67	62,1	32	29,6	99	91,7
Ir às compras	82	75,9	17	15,8	99	91,7
Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta	82	75,9	17	15,8	99	91,7
Transportar doente	68	63,0	31	28,7	99	91,7
Passear, atividades de lazer	47	43,5	52	48,2	99	91,7

Dos 108 familiares e/ou principais cuidadores inquiridos, 63% (n=68) referiram não exercer atividade profissional. Quanto ao horário laboral (tabela 44), 31,5 % (n=34) referiram exercer atividade profissional a tempo inteiro, por oposição ao tempo parcial, com 4,6% (n=5). Quanto ao vínculo profissional (tabela 45), 25 % (n=27) referiram trabalhar por conta de outrem (empresa privada), 6,5% (n=7) trabalhar por conta própria, e 3,7% (n= 4) referiram trabalhar por conta de outrem, mas na função pública.

**Tabela 44 – Caracterização do horário laboral do familiar/principal cuidador**

Horário laboral do principal cuidador	N	%
Tempo parcial	5	4,6
Tempo inteiro	34	31,5
Não aplicável	67	62,0
Não respondeu	2	1,9
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 45 – Caracterização do tipo de vínculo profissional**

Tipo de vínculo profissional	N	%
Trabalhador por conta própria	7	6,5
Trabalhador por conta de outrem (função pública)	4	3,7
Trabalhador por conta de outrem (empresa privada)	27	25,0
Não aplicável	67	62,0
Não respondeu	3	2,8
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Quando questionados os familiares e/ou principais cuidadores acerca do número de dias que faltaram para a prestação de cuidados ao idoso nos últimos 6 meses (tabela 46), 25,9% (n=28) referiram não ter faltado nenhuma vez. Os restantes dados, relativos ao número de faltas, são pouco expressivos, já que 63%, num total de 68 inquiridos, terem referido não exercer naquele momento qualquer tipo de atividade profissional.

**Tabela 46 – Caracterização das faltas dadas ao trabalho pelo principal cuidador nos últimos seis meses**

Quantos dias o principal cuidador faltou ao trabalho nos últimos 6 meses para cuidar do doente	N	%
0 dias	28	25,9
1 dia	2	1,9
2 dias	3	2,8
3 dias	2	1,9
4 dias	1	0,9
5 dias	-	-
6 dias	1	0,9
Não aplicável	57	52,8
Não respondeu	14	13,0
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

No que à justificação das faltas diz respeito (tabela 47), 25% dos inquiridos, num total de 25, referem que as faltas são justificadas, contrariamente a 7,4% (n=8). Quanto à razão da justificação não acontecer (tabela 52), é referido o facto de trabalhar por conta própria (1,9%; n=1,9), trabalhar por turnos (0,9%; n=0,9) e compensarem com horas (0,9%; n=0,9). Há ainda um inquirido que alega não lhe aceitarem a justificação.

**Tabela 47 – Justificação de faltas do principal cuidador**

As faltas são justificadas quando o principal cuidador tem de faltar	N	%
Sim	27	25,0
Não	8	7,4
Não aplicável	58	53,7
Não respondeu	15	13,9
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Já quanto ao facto do salário sair afetado em caso de falta (tabela 48), 13% (n=14) dos inquiridos respondeu que sim e 23,1% (n=25) referem que não. Tal situação poderá decorrer do facto mencionado anteriormente (trabalharem por turnos e compensarem com horas). De referir ainda que 49,1% (n=53) referiram que a afetação salarial aquando das faltas não era aplicável na sua situação e 14,8 % (n=16) não responderam a esta questão.

Tabela 48 – Medidas que toma para faltar

Tipo de mecanismos a que recorre quando tem que faltar	Sim		Não		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Licença por assistência a família	14	13	25	23,1	16	14,8
Férias	5	4,6	33	30,6	17	15,7
Trabalha mais horas	25	23,1	13	12	17	15,7
Outra situação (trabalha por turnos, trabalha na instituição, trabalha por conta própria)	9	8,3	30	27,8	17	15,7

Quando questionados acerca do tempo despendido a cuidar dos idosos afetar a sua vida pessoal, (tabela 49), do total dos 108 inquiridos, 67,6% (n=73) referiam que sim. As áreas identificadas como aquelas que são mais afetadas (tabela 56), são o equilíbrio emocional/estado psicológico (50,9%; n=55) e os momentos de tempo livre e lazer (47,2%; n=51).

Tabela 49– O tempo despendido com o idoso afeta a vida pessoal

Considera que o tempo despendido a cuidar do doente afeta a sua vida pessoal	N	%
Sim	73	67,6
Não	29	26,9
Não respondeu	6	5,6
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Tabela 50 – De que forma o tempo despendido com o idoso afeta a vida do cuidador

Se sim, quais as áreas da vida pessoal mais afetadas	Sim		Não	
	N	%	N	%
Nos momentos de tempo livre e lazer	51	47,2	24	22,2
Nos hábitos familiares	29	26,9	46	42,6
No trabalho	12	11,1	63	58,3
Na realização pessoal	11	10,2	64	59,3
Na vida afetiva/sexualidade	13	12,0	62	57,4
No equilíbrio emocional/estado psicológico	55	50,9	20	18,5
No estado de saúde	27	25,0	48	44,4
No nível económico	25	23,1	50	46,3
Nas relações sociais	28	25,9	47	43,5
Na qualidade da relação com os seus filhos/netos e/ou outros familiares	22	20,4	53	49,1
Outras (mudanças de rotinas)	5	4,6	70	64,8

Relativamente aos motivos que levaram a apoiar o idoso (tabela 51), como razões mais importantes aparecem o “amor”, a “ternura” (34,3%; n=37) e a “obrigação/dever” (25%; n=27). O motivo “porque vive com o familiar há muito tempo” (9,3%; n=10) e “porque a reforma do idoso contribui para o sustento da família” surgem com 6,5%, de um total de 7.

Tabela 51 – Caracterização dos principais motivos que levaram a cuidar do idoso

Quais os principais motivos que o levaram a apoiar o doente	Sim						Não	
	Razão mais importante		Razão importante		Razão medianamente importante			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Por amor, ternura	37	34,3	28	25,9	17	15,7	26	24,1
Por obrigação/dever	27	25,0	29	26,9	19	17,6	33	30,6
Por não querer colocar o familiar num lar	5	4,6	6	5,6	10	9,3	87	80,6
Por proximidade geográfica	5	4,6	4	3,7	6	5,6	93	86,1
Para evitar censura dos outros	1	0,9	2	1,9	1	0,9	104	96,3
Porque não existem estruturas de apoio	1	0,9	2	1,9	1	0,9	104	96,3
Porque as mensalidades num lar são muito caras	2	1,9	3	2,8	-	-	103	95,4
Porque não se encontra uma pessoa de confiança para tratá-lo (a)	4	3,7	1	0,9	2	1,9	101	93,5
Por ser muito caro pagar a uma pessoa	1	0,9	4	3,7	3	2,8	100	92,6
Porque vive com o familiar há muito tempo	10	9,3	7	6,5	9	8,3	82	75,9
Porque a reforma do doente contribui para o sustento da família	7	6,5	1	0,9	-	-	100	92,6
Porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	1	0,9	-	-	-	-	107	99,1
Por ter sido vontade do seu familiar	4	3,7	6	5,6	12	11,1	86	79,6
Outras	4	3,7	3	2,8	-	-	101	93,5

Quando questionados os familiares e/ou principais cuidadores acerca das implicações positivas que o agravamento da doença originou nas suas vidas, (tabela 52) a aprendizagem de novas tarefas (67,6%; n=73), a gestão melhorada do seu tempo (47,2%; n=51) e o facto de se ter passado a sentir mais útil e realizado (37,0%; n=40) são as mais realçadas.

Tabela 52 – Caracterização das principais implicações positivas

Quando a doença se agravou, que implicações tiveram na vida do principal cuidador	Positivas			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Aprendeu novas tarefas	73	67,6	28	25,9
Aprendeu a gerir melhor o seu tempo	51	47,2	50	46,3
A família ficou mais próxima	18	16,7	83	76,9
Os amigos ficaram mais presentes	5	4,6	96	88,9
Sentiu-se mais realizada por ser útil	40	37,0	61	56,5
Vivenciou uma prova de amor	31	28,7	70	64,8
Outras	2	1,9	99	91,7



Quando questionados os familiares e/ou principais cuidadores acerca das implicações negativas que o agravamento da doença originou nas suas vidas (tabela 53), o agravamento do seu estado de saúde pelo cansaço físico e psicológico (66,7%; n=72), o acentuar de sobrecarga de tarefas (50,9%; n=55), as mudanças ao nível das rotinas domésticas (44,4%; n=48) e o deixar de ter tempo para si (37,0%; n=40) são as mais referidas.

**Tabela 53 – Caracterização das implicações negativas**

Quando a doença se agravou, que implicações tiveram na vida do principal cuidador	Negativas			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Teve implicações na relação conjugal	20	18,5	82	75,9
Teve que adaptar fisicamente o espaço	19	17,6	83	76,9
Teve de mudar de rotinas domésticas	48	44,4	54	50,0
Deixou de ter tempo para si	40	37,0	62	57,4
Diminuiu as relações com os familiares e amigos	26	24,1	76	70,4
Afetou a produtividade no seu trabalho	13	12,0	89	82,4
Agravou o seu estado de saúde pelo cansaço físico e emocional	72	66,7	30	27,8
Acentuou a sobrecarga de tarefas	55	50,9	47	43,5
Outras (os filhos deixaram de se preocupar com o idoso)	2	1,9	100	92,6

## 8.8. Situação económica do doente

Analisando a situação económica dos idosos, constata-se que o rendimento mensal destes é muito díspar, variando entre os €108,00 e os €3.000,00. A média de rendimentos é de €436,77.

Se comparamos o rendimento mensal do idoso com o do agregado familiar, os montantes não assumem diferenças de valores significativos, sendo que o valor médio dos rendimentos mensais é de €596,12. Já no âmbito das despesas médias mensais, destacam-se as relacionadas com alimentação, cujo valor varia entre os €108,00 e os €500,00, as despesas com consultas, internamentos e/ou exames, cujos valores variam entre os €108,00 e os €120,00, os serviços de reabilitação que oscilam entre os € 108,00 e os € 1.000,00, as ajudas técnicas que variam entre os €108,00 e os €3.000,00 e as despesas com a contratação de empregada doméstica que variam entre os €108,00 e os €1.000,00. Os gastos médios mensais globais variam entre os €108,00 e os €400,00.

## 8.9. Medidas consideradas importantes implementar para apoiar os idosos com alterações cognitivas /demências

A última questão do protocolo de avaliação, de tipo aberto, visou aferir acerca do tipo de apoios considerados necessários implementar para satisfazer as necessidades das pessoas com demências e/ou alterações cognitivas.

As necessidades estão estruturadas em 6 itens, designadamente: i) equipamentos, ii) serviços (SAD), iii) apoios económicos (subsídios), iv) medidas para conciliar trabalho e família, v) medidas para apoiar a família e vi) outros. Ao nível dos equipamentos, e como primeira necessidade, aparece a criação de mais lares de idosos (42,1%; n=16), assim como, a criação de equipamentos especializados para a problemática específica das demências (36,8%; n=14). As necessidades ao nível da criação de equipamentos para descanso do cuidador (18,4%; n=7) também são relevantes. Como segunda prioridade, surgem os apoios económicos, (65,2%; n=15). Em terceiro lugar, aparecem as medidas ao nível da conciliação do trabalho com a família, designadamente, uma maior flexibilidade dos horários (62,5%; n=10) e as medidas para apoiar a família, concretamente, o apoio psicológico (32,3%; n=10).

Tabela 54 – Caracterização das necessidades do idoso de acordo com o prestador

Face às necessidades do doente, que tipos de apoios são considerados importantes		N	%
<b>Equipamentos</b>	Lares de Idosos	16	42,1
	Equipamentos especializados para a problemática específica	14	36,8
	Equipamentos para descanso do cuidador	7	18,4
<b>Total</b>		<b>38</b>	<b>100</b>
<b>Serviços (serviço de apoio domiciliário)</b>	Alargamento dos serviços prestados ao domicílio (apoio psicológico)	3	42,8
	Serviço especializado para a problemática específica	2	28,6
	Apoio domiciliário para descanso do cuidador	2	28,6
<b>Total</b>		<b>7</b>	
<b>Apoios económicos (subsídios)</b>	Medicação, consultas e ajudas técnicas	4	17,5
	Apoios sociais para os idosos	15	65,2
	Apoios para os familiares cuidadores	3	13
	Mais apoios para os lares	1	4,3
<b>Total</b>		<b>23</b>	
<b>Medidas para conciliar trabalho e família</b>	Flexibilidade de horários	10	62,5
	Faltas justificáveis em caso de apoio a idosos	5	31,3
	Apoio familiar ficar em casa	1	6,2
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>100</b>
<b>Medidas para apoiar a família</b>	Apoio psicológico	10	32,3
	Criação de equipas técnicas para estimulação cognitiva	3	9,7
	Redes de cuidados compostas por pessoas desempregadas	2	6,3
	Mais cuidados de saúde e de enfermagem	3	9,7
	Trabalho remunerado para o cuidador	3	9,7
<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>100</b>
<b>Outras</b>	Falta de informação sobre serviços/apoios à doença	2	100
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>100</b>

## CAPITULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

### 9. Discussão dos resultados e limitações do estudo

---

Quando nos propomos enveredar por um projeto de investigação, o objetivo principal é sempre obter e/ou aprofundar o conhecimento acerca de uma determinada área ou contexto. No caso concreto, perspetivou-se a obtenção de conhecimento acerca da realidade da pessoa com demência no concelho de Vizela: saber como vivem, com quem vivem e, principalmente, aferir acerca das dificuldades e necessidades sentidas. Ainda que este estudo não tenha abrangido a globalidade das pessoas com demência do concelho, constituiu um ponto de partida para o estudo de um tema para o qual não havia disponível qualquer tipo de informação na região, podendo vir a contribuir para o fornecimento de dados a explorar em estudos posteriores.

Não obstante a problemática das demências ser hoje um tema pelo qual a sociedade demonstra especial preocupação, pela dependência, desgaste físico e psicológico que acarreta e pelos custos financeiros que implica, ela ainda não é considerada uma prioridade de saúde pública. No relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo é referido que *a “Alzheimer’s Disease International (ADI) encomendou este relatório de forma a ajudar as associações de Alzheimer por todo o mundo a trabalharem com os seus governos em estratégias que melhorem as vidas das pessoas com demência e seus cuidadores, e a aumentar os esforços de investigação. Para encorajar o desenvolvimento dessas estratégias nacionais, é muito importante que a Organização Mundial de Saúde passe a considerar a demência como uma prioridade de saúde global”* (2009, Relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo: Prefácio).

Katzman, citado por Nunes, refere que embora *“a demência de Alzheimer, seja um processo democrático que pode atingir todas as pessoas, independentemente de possuírem escolaridade básica ou de nível superior, existem indicadores de risco associados à escolarização e à atividade profissional exercida”* (Nunes, 2005: 11). No caso concreto da amostra considerada na presente dissertação, quase dois terços apresenta suspeita de declínio cognitivo, apesar de o grau de escolaridade não nos permitir avançar grandes conclusões, já que se trata de uma população, no geral, pouco escolarizada. Também no presente estudo se constata que a idade e o sexo feminino são fatores significativos quando caracterizados os idosos com alterações cognitivas e/ou demências, sendo que iguais conclusões são também referenciadas em outros estudos (e.g. Jorran, 1987; Evans, 1989; Katzman, 1993; Brayne, 1994; Graves, 1996; Van Strauss, 1999, citados por Nunes (2005).

As alterações cognitivas mais marcadas são, sobretudo, ao nível da memória e atenção, corroborando os resultados já encontrados anteriormente no presente estudo, quando avaliadas as atividades básicas e instrumentais da vida diária, levando a que se observe consequentes alterações na vida ocupacional e social, assim como alterações de personalidade com graus de gravidade de 2 e 3, sendo que o grau 3 é o mais grave, podendo ser indicador de afetação frontal. As necessidades destes idosos implicam múltiplos cuidados, que vão desde atividades promotoras de bem-estar, suporte emocional, financeiro e social, assim como acompanhamento nas AVD.

Perante tais constatações, não é de estranhar que os cuidadores manifestem como implicações negativas na sua vida, o agravamento do seu estado de saúde pelo cansaço físico e psicológico, sobrecarga nas tarefas, mudança nas suas rotinas e deixar de ter tempo para si. Os cuidadores de doentes de Alzheimer apontam igualmente como fatores de sobrecarga a perda de liberdade, a dificuldade em usufruir de tempos de lazer, assim como, sobrecarga de trabalho (Garrett, 2005). Pois à tarefa de cuidar, geralmente, acrescentam-se outras tarefas, daí a sobrecarga que acarreta ao cônjuge ou filhos que assumem a responsabilidade de cuidarem sozinhos, acrescentando ainda o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento ao familiar ao longo do tempo, dado que este estudo refere que a maioria dos idosos apresenta sintomas, desde há um ou quatro anos.

Há, contudo, a consciência e preocupação, por quem mais de perto lida com esta problemática, da necessidade de grandes investimentos que permitam uma melhor qualidade de vida das pessoas com demência e de quem delas cuida. São óbvias as dependências destes idosos quer ao nível das atividades básicas da vida diária, quer ao nível das atividades instrumentais da vida diária, sendo estas mais marcadas em grupos etários mais velhos, constatações congruentes com os resultados encontrados por Garrett (2005) relativamente à doença de Alzheimer.

Neste estudo, a generalidade dos cuidadores consideram os serviços e/ou cuidados disponíveis como manifestamente suficientes. Tal poderá mais uma vez explicar-se pela baixa escolaridade que a população inquirida apresenta: quer idosos, quer cuidadores, ou são iletrados, ou possuem como nível mais elevado o 4º ano de escolaridade e mantém a sua atividade profissional ligada à indústria têxtil ou ao trabalho agrícola. Com níveis de escolaridade baixa e a profissão menos qualificada tende a diminuir o grau de conhecimento e de exigência relativamente à existência e conhecimento de outras alternativas para além daquelas que lhe são próximas ou mais familiares. Por conseguinte, as pessoas que se encontram nesta situação apresentam igualmente baixos rendimentos o que acaba por inibir a procura de mais ajudas, pois estas podem implicar mais encargos, ao mesmo tempo, desvalorizam outro tipo de intervenções, por ignorarem os seus benefícios. Já as pessoas com mais recursos e maior qualificação tendem a aspirar por mais e melhores serviços e cuidados. Segundo Ávila *“indivíduos com elevadas competências, ou de nível*

*intermédio, têm uma forte autonomia e tem acesso à informação e à cultura, por exemplo através da leitura regular de jornais, revistas ou livros (para já não falar, atualmente, da internet), os que detêm menos competências não podem exercer plenamente a sua cidadania: dependem fortemente de terceiros e estão mais afastados do acesso à cultura e à informação quando veiculados através da informação escrita” (Ávila, 2008: 308-309).*

De notar, ainda, que os cuidadores reconhecem não ter as devidas informações acerca da doença e da melhor forma de lidar com ela, sendo que resultados idênticos são mencionados por Sequeira (2010) que apontam para cuidadores informais geralmente de idade avançada, sobretudo mulheres, casadas, com baixa escolaridade, mantendo a sua atividade profissional, sem expectativas positivas face à saúde do idoso, com queixas de saúde e com pouca informação sobre a problemática do idoso. Os familiares, encaram os cuidados aos idosos como, os mais básicos, unicamente ligados à higiene e alimentação, descurando necessidades de acompanhamento psicológico e social e de cuidados e reabilitação, por manifesto desconhecimento do seu estado clínico e falta de orientação devida.

Esta amostra de idosos apresenta diferentes tipos de diagnósticos, sendo os mais significativos demência por Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson e por Acidente Vascular Cerebral. Também Santana (2005) refere que a demência de Alzheimer é atualmente o tipo de demência neurodegenerativo mais frequente no conjunto global das demências. Igual constatação é também enumerada por Nunes (2005). Santana (2005), refere ainda que a demência vascular constitui a segunda forma de demência mais prevalente o que não é coincidente com o presente estudo já que a demência por doença de Parkinson aparece como a segunda causa de demência, sendo que a demência por Acidente Vascular Cerebral aparece posicionada em terceiro lugar.

Cada um destes diagnósticos pressupõe necessidades específicas de reabilitação e acompanhamento, contudo, a falta de conhecimento é tal, que alguns cuidadores consideram que já não se justifica a deslocação a consultas de especialidades, sendo os idosos unicamente acompanhados ao nível do médico de família, enquanto outros referem que os médicos da especialidade explicam melhor os sintomas e esclarecem melhor acerca da doença.

Esquece-se e desconhece-se também que as demências - nomeadamente a doença de Alzheimer - fazem parte do grupo das doenças graves, razão pela qual são concedidos alguns benefícios aos seus portadores, no caso concreto, ao nível da medicação desde que esta seja prescrita por médicos neurologistas ou psiquiatras e que estes façam menção do despacho que regulamenta estas regras (Despacho n.º 9896/2003 (2.ª série), de 19 de maio). Também a Lei n.º 90/2009, de 31 de Agosto, define o regime especial de proteção social de invalidez no âmbito do regime geral da Segurança Social. Este diploma abrange as pessoas que se encontram numa situação de invalidez originada por determinadas doenças, nomeadamente a doença de Alzheimer. No

entanto, o enquadramento legal da doença nem sempre é explícito, razão pela qual, muitas vezes, se torna difícil o acesso a determinados benefícios sociais. Efetivamente, com base nesta lei, que se encontram a ser apoiados os idosos do presente estudo. A falta de autonomia e a impossibilidade de realização de atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, colocam-nos como reunindo critérios para a atribuição do complemento por dependência que é efetivamente o apoio social mais referenciado e concedido ao nível da Segurança Social.

De referir, no entanto, que no mês anterior ao início da presente investigação (Decreto-Lei n.º 13/2013, de 25 Janeiro), e decorrente da atual situação financeira do país, a proteção no domínio da dependência (o complemento por dependência de 1.º grau) passou a estar dependente de condições de recursos, pelo que o pensionista não poderá usufruir um valor superior a €600,00. Embora no contexto em presença, o complemento por dependência seja o apoio mais identificado, as alterações efetuadas não abrangeram um número significativo de pensionistas, já que o valor médio das pensões é de €436,77.

Já quanto aos benefícios ao nível da medicação, previstos no Despacho n.º 9896/2003 (2.ª série), de 19 de maio, os dados do presente estudo levam-nos a crer que os idosos não usufruem de tal situação já que o principal serviço a que recorrem é o Centro de Saúde, mais concretamente ao médico de família para apoio medicamentoso. Ora a prescrição da medicação e consequente comparticipação dos medicamentos para o tratamento da doença de Alzheimer só é objeto de um regime especial de comparticipação quando prescrita por médicos da especialidade de psiquiatria ou neurologia o que não sendo o caso os exclui automaticamente deste apoio.

Uma comunicação interpessoal adequada pode evitar a necessidade de medidas de contenção física ou farmacológica (Howe & Scheider, 1999 citado por Garrett, 2005). Outros autores, (Petersen, 1999 e 2001; Loewenstein, 2004; Guerreiro, 2005), referem igualmente que embora não existam dados seguros acerca da eficácia das distintas intervenções de tipo não farmacológico, há anuência quanto ao prolongamento por mais tempo da qualidade de vida. Nesse sentido, sente-se claramente aqui a necessidade de criar condições uniformes a todos os que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde para que todos os doentes sejam dignamente tratados independentemente da sua sorte e/ou estatuto socioeconómico, pois sabe-se que a *“situação atual caracteriza-se por cuidados inadequados às necessidades dos idosos e insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e da independência”* (Leuschner, 2005: 240). Garrett (2005) salienta ainda que os cuidados necessários vão variando com a progressão da doença, fazendo com que a sua evolução da doença leve o cuidador a assumir tarefas mais complexas e instrumentais da vida diária que o doente deixa de ser capaz de gerir.

Algumas conclusões retiradas ajudam-nos a perspetivar e construir um conhecimento mais consistente na área das demências. Os cuidados prestados aos idosos no concelho de Vizela não diferem daqueles que, muitas vezes, são referidos na bibliografia e como sendo uma prática a nível nacional. É no seio da família e são os elementos do sexo feminino e as pessoas que ao longo da vivência do idoso mais privaram com ele (filhos e cônjuge) quem mais prestam cuidados (Jamieson, 1991; Jani-Le Bris, 1994; Salvage, 1995; Walker, 1999; Mestheneos & Triantafillou, 2005, citado por Figueiredo, 2007) e (Garrett, 2005 e Neri & Carvalho, 2002). Muitos dos inquiridos referem cuidar dos seus familiares por amor e ternura, mas também, por obrigação e por ser a vontade do idoso permanecer na casa onde sempre viveu. Tais factos são também referidos em diversos estudos (Baum & Page, 1991; Silverstein & Litwak, 1993, citados por Sequeira, 2010).

O presente estudo demonstra igualmente que o facto de viver com um familiar há muito tempo é uma questão relevante na prestação de cuidados, facto também enumerado em outros estudos (Neri & Carvalho, 2002; Santos, 2002).

Atualmente, aconselha-se que o idoso seja mantido no seu ambiente, mesmo quando afetados pela demência, por forma a manter a sua qualidade de vida. Autores (Schneider, Murray, Banerjee & Mann, 1999 e Howe & Lettieri, 1999, citados por Sequeira, 2010) referem que *“A tendência atual na maioria dos países (principalmente Europa e EUA) sugere a manutenção dos idosos no seu domicílio, mesmo quando este sofre de demência. Esta atitude está relacionada com a necessidade de melhorar a qualidade de vida do doente e de otimizar os custos sociais e económicos”* (Sequeira, 2010: 155). Tal situação permite-nos aferir acerca da *“existência de um vínculo afetivo com os lugares (que) é de extrema importância na qualificação positiva ou negativa de nossa existência”* (Giuliani (2003), citado por Macedo 2008: 441), da importância de envelhecer no lugar onde sempre se viveu *“aging in place”* e das *“relações com a casa, a vizinhança, a comunidade, enfatiza o valor dos ambientes familiares e investiga o rico conhecimento dos idosos sobre as pessoas com as quais convive e compartilha dos mesmos contextos ao longo dos anos”* (Macedo, 2008: 443).

Uma investigação levada a cabo pela IMSERSO (1995) permite-nos, igualmente, atestar que o cuidado informal constitui um dever ou uma obrigação moral. Permite-nos, ainda apurar que cônjuges e filhos alegam o ato de cuidar como *“questões de dever”*, mas também associadas com *“questões amorosas e/ou sentimentais”* (Baum & Page, 1991; Silverstein & Litwak, 1993; Neri & Carvalho, 2002; Santos, 2002; Lage, 2005; Paúl, 2007, citados por Sequeira, 2010).

Durante o processo de investigação foi notório constatar o sofrimento e a dor que o ato de cuidar implica. Não raras vezes, durante a aplicação dos questionários, os familiares ao descreverem a situação por si vivenciada não conseguiram conter as lágrimas; não obstante, consideram como

implicações positivas a aprendizagem de novas tarefas, a aprendizagem na gestão do tempo e o facto de se sentirem mais úteis e realizados. No entanto, não deixaram de dizer que o tempo despendido a cuidar do idoso afeta as suas vidas, sobretudo, ao nível do equilíbrio emocional/estado psicológico, assim como, na qualidade dos tempos livres e de lazer (Perlin & Zarit, 1993; Martins, Ribeiro & Garrett, 2003 citado por Sequeira, 2010). Também Figueiredo (2007), identificou situações análogas na elaboração da sua tese de doutoramento. Constatou que a depressão e a sobrecarga do cuidador estão presentes na fase de demência moderada, dado que as alterações cognitivas do doente estão mais exacerbadas, tornando-se, por tal facto o ato de cuidar mais penoso com níveis de tensão mais elevados e, conseqüentemente, implicações no bem estar e da sua própria saúde.

Curiosamente nenhum inquirido mencionou que a sua vida foi financeiramente afetada o que é consonante com outros estudos (Sequeira, 2010). Aliás, a generalidade dos inquiridos manifestava desconforto a falar sobre o tema; apenas as pessoas com mais escolaridade e com maior capacidade financeira manifestam, com maior facilidade, o desgaste que a prestação de cuidados e a necessidade de não alterarem as suas rotinas e não deixarem de fazer aquilo que lhes dá prazer. Estes últimos, conseguem manter o idoso em casa, optando pela contratação de alguém, ou mantêm a empregada de sempre na prestação dos cuidados ao idoso, a fim de os não afetar tão significativamente nos seus hábitos de vida. A existência de ajuda ao nível da prestação de cuidados é também identificada noutros estudos como um fator protetor ao nível da sobrecarga (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Lage, 2005).

Embora no decorrer do processo de investigação se tenha constatado a existência de homens como prestadores de cuidados, no contexto em presença, e tal como a bibliografia refere, estes continuam a assumir um carácter essencialmente feminino (Figueiredo, 2007) e (Collière, 1989; IMERSO, 1995; Pernod e col., 1995; Neri de Carvalho, 2002; Melo, 2005; Garrett, 2005; Melo, 2005; Lage, 2005; Sotto Mayor e col., col., 2006, citados por Sequeira, 2010). Esta constatação poderá ser explicada pela tradição que o concelho de Vizela tem na área da indústria têxtil e de, atualmente, este sector não se encontrar na expansão de outros tempos, decorrente do encerramento de algumas unidades fabris e da taxa de atividade feminina, que mantinha as mulheres fora de casa durante uma parte significativa do dia já não ser uma realidade. No concelho o desemprego afeta de igual forma homens e mulheres o que nos permite aferir que uma das fragilidades estruturais do território do Vale do Ave é, sem dúvida, a baixas qualificações da sua população ativa, nomeadamente dos seus desempregados, que assim se encontram com poucos instrumentos para preparar uma primeira entrada ou reentrada no mercado de trabalho.



Dados do IEFP/Centro de Emprego de Guimarães (2014) referem em abril de 2014 a taxa de desemprego de 12,3% e a pouca expressividade do desemprego entre sexos, já que a taxa nas mulheres é de 13,6% e nos homens de 11%.

Assente na capacidade de criação de emprego desqualificado, essencialmente na indústria transformadora, o período passado de crescimento económico do Vale do Ave, favoreceu, por um longo período de tempo, uma lógica predatória na evolução do mercado de emprego local, potenciando saídas precoces e desqualificadas do sistema de ensino. Os baixos níveis de escolaridade quebram perspetivas futuras de qualificações mais elevadas, condenando, frequentemente, os indivíduos a situações de trabalhadores indiferenciados, o que resulta, não raras vezes, em situações de pobreza e de exclusão social. A inserção no mercado de trabalho torna-se mais difícil, especialmente em situações de crise.

Os homens mais facilmente arranjam outras formas de ocupação, mesmo que não em atividade profissional regular, no que no terreno se designam por “biscates”, nomeadamente na área da construção civil. As mulheres, por seu lado, quando no desemprego viram-se mais para as atividades de carácter doméstico, como cuidar dos mais novos, dos idosos e dos doentes, quer se trate de familiares ou oferecendo os seus serviços a terceiros. O trabalho na área da indústria têxtil devido ao seu carácter repetitivo e de pressão de produtividade leva a que muitas mulheres queiram abandonar a atividade, encarando o desemprego como a oportunidade de mudar.

Consequentemente, os rendimentos das famílias são também cada vez mais escassos, resultantes das situações de desemprego prolongado e/ou emprego precário, o que faz com que os rendimentos dos idosos sejam um contributo para as despesas do agregado familiar. Esta situação poderá ser um reflexo da crise em Portugal, cujos efeitos são ainda desconhecidos, mas que preocupam em muito os técnicos a intervir nesta área. Embora no presente estudo não seja possível aferir acerca deste fenómeno, de acordo com Sequeira *“o facto de um membro da família se encontrar desempregado ou sem atividade pode influenciar na decisão da escolha do cuidador”* (Sequeira, 2010: 161). Tal facto é também corroborado por Quaresma, (1996) e De la Cuesta, (2004).

De um modo geral, denota-se um certo conformismo relativamente aos apoios disponíveis, facto que poderá ser justificado pela instabilidade económica do país e consciência da necessidade de mudanças estruturais a vários níveis, onde os apoios sociais estão cada vez mais contemplados, pela insuficiência de meios financeiros disponíveis e insustentabilidade do sistema de Segurança Social. Ao longo das inquirições foi frequente ouvir desabafos com o seguinte teor «temos que viver com aquilo que temos»; «temos que adequar as nossas necessidades aos meios disponíveis». Há uma resignação, uma certa inatividade, falta de vontade para reclamar e exigir o que quer que seja, estando patente um certo conformismo, pois mesmo a sentirem dificuldades

pelos elevados custos dos medicamentos e materiais de reabilitação e de apoio, estes idosos e cuidadores resignam-se, não indicando insuficiência de acompanhamento psicossocial, designadamente, ao nível da sensibilização, aconselhamento e/ou estimulação cognitiva. Apenas oito idosos, com apoio ao nível do SAD, referiram beneficiar de atividades de animação e ocupação, assim como, apoio psicológico e de transporte para além daqueles mais comuns, como sejam a alimentação e dos cuidados de higiene.

Relativamente aos idosos que se encontram integrados em lar, constata-se uma satisfação óbvia, pelos serviços prestados, usufruindo estes de condições condignas que um ser humano deve dispor independentemente da sua condição socioeconómica e estado de saúde. Embora a minha experiência profissional e a existência de alguns estudos aludem para o facto de a demência ser uma das principais causas que levam à institucionalização dos idosos, pela sobrecarga física e psíquica que implica, pois é extremamente difícil conviver com alguém que nos é querido, que se conheceu durante uma vida e que, entretanto, foi perdendo as mais básicas capacidades para a execução das simples tarefas do dia-a-dia, a amostra da presente investigação permite-nos constatar uma significativa resistência à institucionalização.

Clarificando e perspetivando novas intervenções e aferindo acerca das suas necessidades mais prementes, na inquirição dos familiares e/ou principais cuidadores, apesar de estes considerarem que é no seio da família que os idosos devem ser cuidados, não deixa de ser relevante o facto de mencionarem a necessidade da criação de mais lares e equipamentos de apoio para a problemática específica. É ainda sentida como necessidade, a existência de mais apoios sociais, maior flexibilidade de horários de trabalho e apoio psicológico.

Importa ainda identificar e enumerar algumas limitações que obrigam a relativizar a interpretação dos dados obtidos. Assim, cumpre-nos referir a inexistência de um total rigor da identificação dos idosos a integrar a amostra por parte das USF (ter mais de 65 anos, apresentar alterações cognitivas ou diagnóstico de demência e residir no concelho de Vizela). Tal facto poderá remeter-nos para um longo caminho ainda a percorrer no sentido da necessidade de sensibilização junto dos profissionais de saúde e, especialmente, dos médicos de família para com as queixas de perda acentuada de memória dos seus pacientes e consequente, insuficiência de diagnóstico preciso e atempado no que ao seu estado de saúde diz respeito. Muitas vezes, pode ser difícil perceber a diferença entre as alterações nas funções cognitivas resultantes do processo natural de envelhecimento, com sintomas que poderão traduzir a instalação de um quadro patológico, assim como conseguir distinguir um quadro de depressão e/ou de demência.

Será ainda pertinente enumerar algumas constatações aferidas durante o decorrer do estudo, particularmente a disparidade nos cuidados que os idosos recebem, tal como, em muitas situações ao longo da vida, as diferenças sociais são evidenciadas. Foi possível observar o

desafogo de alguns e as excelentes condições de habitabilidade, como por exemplo, a possibilidade de ter duas empregadas, dedicadas unicamente à prestação de cuidados ao idoso, não obstante a companhia de familiares próximos; enquanto outros idosos passam o seu dia-a-dia entregues a si próprios em precárias condições, a aguardarem pelos serviços de apoio comunitário, nomeadamente, o SAD que os vai ajudar na sua higiene pessoal, alimentação ou na administração da medicação. Tal situação é também corroborada por Roig e col. (1999), citado por Sequeira, ao referir que a *“classe social está relacionada com a escolaridade, as condições habitacionais, os rendimentos e a profissão, pelo que são as classes mais desfavorecidas que atingem maiores níveis de sobrecarga”*. (Sequeira, 2010: 208).

No presente estudo, aparecem idosos que trabalharam toda a sua vida na indústria têxtil como operários fabris, pelo que os rendimentos auferidos são tendencialmente mais baixos, por conseguinte, estes fatores têm reflexo nas reformas uma vez que estas refletem os valores descontados ao longo da carreira contributiva. Por tal facto, apresentam pensões de reformas reduzidas que não lhes permite aspirar por cuidados especializados. Paralelamente, aparecem também, idosos que trabalharam na qualidade de patrões, razão que justifica a diferenciação e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados pelas rendas que apresentam ao nível do património visível e rendimentos disponíveis. Contudo, os menos afortunados apresentam-se enclausurados nos paradigmas e resignados à sua condição, sem extrapolar para soluções alternativas. Limitam-se à referência básica de higiene e alimentação, quando um idoso, sobretudo com patologia de demência, necessita de muito mais para poder viver dignamente esta nova fase da sua vida.

Notoriamente é penoso para estas pessoas falar de questões económicas, mais ainda quando o país vive uma grave crise financeira. A consciência deste facto limitou e fez com que as respostas ficassem muito aquém do pretendido, mas é fácil perceber que a maioria destes idosos têm recursos económicos escassos face às suas necessidades atuais e, caso não fossem as economias amealhadas ao longo da sua vida, possivelmente, hoje em dia a sua subsistência ficaria comprometida.

A insuficiência de respostas para idosos, particularmente com demência, é uma constatação a nível nacional, mas a nossa experiência profissional, e este estudo em particular, leva-nos a concluir que as estruturas de apoio social, nomeadamente lares, não são muitas vezes uma prioridade, pois a globalidade das famílias considera que o lugar do idoso é em casa e é da responsabilidade da família a prestação dos cuidados de que necessita. Seria, portanto, importante perspetivar um apoio aos idosos a partir do seu meio natural de vida, onde a intervenção interdisciplinar estivesse contemplada como forma de melhor colmatar e/ou atenuar as necessidades que se vão impondo no decorrer do processo demencial.

## 10. Conclusões

---

Um dos acontecimentos mais importantes desde meados do século XX é, sem dúvida, o processo de envelhecimento da população a nível mundial. O Estudo de avaliação das necessidades dos séniores em Portugal indica que *“em 2050, se estima serem cerca de 2.000 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, representando mais de 20% da população mundial”* (Fundação Aga Khan Portugal, 2008: Sumário executivo). O fenómeno do envelhecimento apresenta-se como um processo irreversível, pelo que a sociedade atual tem de encontrar formas de se adaptar. O desafio que se apresenta consiste, sobretudo, em antecipar dificuldades ou danos irreparáveis, uma vez que é dado adquirido que o aumento da população idosa faz prever consequências ao nível da organização social, cultural, económica e política. Se por um lado a longevidade da população constitui um indicador de progresso, por outro, a particular vulnerabilidade em que se encontra este grupo social, principalmente quando afetados por quadros demenciais, pode pôr em causa o envelhecimento com qualidade de vida.

O estudo realizado junto da população idosa com alterações cognitivos e/ou demência, residente no concelho de Vizela, teve por objetivo obter um maior conhecimento acerca da realidade social deste grupo populacional, particularmente a sua caracterização socioeconómica, principais dificuldades, necessidades e expectativas por parte de quem cuida ou é mais próximo do doente.

De um modo geral, a população em estudo apresenta como média de idades os 80 anos, são maioritariamente do sexo feminino, situam-se no estado civil de viúvos, têm níveis de escolaridade muito baixos, exerceram essencialmente a atividade profissional na área da indústria têxtil, partilham a habitação com o cônjuge e/ou filhos e a origem dos rendimentos são provenientes da pensão de reforma.

Não obstante o ato de cuidar ser referido como promotor de cansaço físico e psicológico pela sobrecarga de tarefas e mudança de rotinas do quotidiano provocadas, também é verdade que é visto como fonte de aprendizagem de novas tarefas, promotor de melhor gestão do tempo e fonte de maior realização pessoal.

Efetivamente o presente estudo permite-nos constatar que cuidar de uma pessoa idosa dependente pode traduzir-se num trabalho árduo e exigente, tanto do ponto de vista físico como afetivo. A extensão e a intensidade dos cuidados variam ainda em função do grau de dependência apresentada. Os idosos podem necessitar apenas de alguma vigilância na realização de algumas atividades da vida diária, designadamente na confeção de refeições, no acompanhamento nas deslocações ao médico ou na toma dos medicamentos ou de cuidados permanentes e muito mais

abrangentes quando falamos de pessoas com alterações cognitivas e/ou demência e que interferem no quotidiano da pessoa e/ou agregado familiar que assume a prestação de cuidados. No contexto em presença, estes cuidados são essencialmente de tipo instrumental e mais incisivos nas faixas etárias mais avançadas e à medida que a autonomia se torna menor. São efetuados no feminino, pelas filhas, com idade média de 59 anos, com níveis de escolaridade igualmente baixos, comparativamente aos progenitores. Apresentam ainda rendimentos provenientes de atividade profissional, também esta ligada à indústria têxtil. Não deixa de ser relevante o facto de os cuidados serem prestados pelos filhos (as), mas os idosos, continuarem a viver com os seus cônjuges, permanecendo nas suas casas, no contexto onde sempre viveram. Tal facto é relevante e como já foi referido anteriormente para o vínculo afetivo existente para com os lugares e a importância que estes poderão constituir na qualidade de vida do idoso.

No nosso país, embora seja perceptível um desinvestimento familiar relativamente aos seus idosos, o presente estudo, permite-nos aferir que a família constitui ainda o grande pilar da responsabilidade pelos idosos dependentes, continuando a ser uma instituição significativa para o suporte e realização afetiva do indivíduo, mesmo quando institucionalizados. Os dados do presente estudo, permitem-nos constatar que as visitas aos idosos são essencialmente efetuadas pelos familiares e assumem uma periodicidade quase diária.

É de salientar que muitos dos inquiridos revelaram ter tido vidas muito difíceis, fazendo referência a situações de muita dificuldade, nomeadamente económica, que ultrapassaram com muito trabalho e sacrifício. Neste contexto, referem ainda que a reforma, ainda que reduzida, constitui um aspeto positivo como suporte das despesas que a condição de idoso acarreta, não obstante as principais dificuldades enumeradas serem de carácter económico, nomeadamente, com a aquisição de medicação e materiais de reabilitação. Referem gastos médios mensais que variam entre os €108,00 e os €400,00.

A demência mais prevalente é a doença de Alzheimer, sendo que os principais sintomas se começaram a manifestar de entre um a dois anos, sendo que a principal alteração cognitiva mais afetada e a principal dificuldade sentida, são respetivamente a memória e o reconhecimento de pessoas e objetos do quotidiano.

A utilização do Serviço Nacional de Saúde e consequentemente as idas ao Centro de Saúde são aquelas que apresentam maior representatividade. As consultas com o médico de família são consideradas suficientes e procuradas essencialmente para o apoio medicamentoso e para a obtenção de meios complementares de diagnóstico. Os cuidados de enfermagem assumem um carácter mais regular, facto que já não sucede com o acompanhamento hospitalar ao nível das consultas de especialidade que assumem uma periodicidade superior a seis meses.

As necessidades de âmbito psicológico, social, de transporte e tempos livres não são mencionadas como prioritárias, o que não sucede ao nível da informação acerca da doença, considerada por um número significativo de inquiridos como manifestamente insuficiente.

Dos resultados do presente estudo é interessante observar o facto dos inquiridos enumerarem a prestação dos serviços das instituições locais como muito bons, embora a valência de SAD seja identificada como prestadora de cuidados essencialmente ao nível da higiene pessoal e alimentação, e a inexistência de resposta ao nível da terapia ocupacional e fisioterapia. Relevante, ainda é o serviço ser identificado como insuficiente no período de fim de semana.

É nesta perspetiva que será importante começar a repensar-se a prestação de cuidados a idosos com demência. É uma constatação que a população idosa tende a aumentar e os prognósticos apontam o aumento significativo das situações demenciais. Assim, decorrente da elevação dos níveis de ensino mais elevado, estes idosos, tenderão a ter hábitos e experiências de vida muito mais diversificados do que a população idosa atual. Por tal facto, será mais exigente e as necessidades passarão também a abarcarem outros níveis. Se atualmente os filhos continuam a ser os principais cuidadores, também é verdade que tal facto virá a ficar comprometido num futuro próximo, pela diminuição circunstancial do número de filhos por casal, espaços habitacionais exíguos e também por situações de ordem profissional ou económica. Torna-se, portanto, fundamental dar uma atenção especial às necessidades dos idosos com demência, dado que o aumento da esperança média de vida e a especificidade da doença, pelas perdas cognitivas que acarretam, implicam necessariamente um aumento de necessidade de apoio e assistência.

A sensibilização da população em geral e dos profissionais de saúde em particular; a melhoria no diagnóstico da doença, o tratamento e serviços de cuidados a longo prazo; o aumento da capacidade de resposta dos sistemas de cuidados de saúde, mas também ao nível das políticas sociais, melhorando a intervenção na comunidade, na família e nos equipamentos de apoio social, no desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados e na investigação da terapêutica da demência são alguns a enumerar.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Abrunhosa, M. A. et al. (1980). *Introdução à Psicologia*. (1.ª Edição). Rio Tinto: Edições ASA.
- Almeida, L. (2006). *A idade não perdoa? O idoso à luz da neurologia gerontológica*. (1.ª Edição). Lisboa: Gradiva Publicações.
- Alzheimer Portugal. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer*. Trabalho Preparatório para a Conferência “Doença de Alzheimer: Que Políticas”. Disponível em [www.alzheimer-europe.org/.../Prop](http://www.alzheimer-europe.org/.../Prop).
- Alzheimer’s disease internacional. (2009). *Relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo*. (Resumo executivo). Disponível em [www.alz.co.uk/.../WorldAlzhe...](http://www.alz.co.uk/.../WorldAlzhe...)
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer. (2009). *Plano de Intervenção Alzheimer*. Disponível em [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org).
- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer. (2006). *Manual do Cuidador*. 2.ª Edição. Lisboa: APFADA – Comissão Europeia e Alzheimer Europe.
- Ávila, Patrícia. (2008). *Os contextos da literacia: percursos de via, aprendizagens e competências chave dos adultos pouco escolarizados*. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/5521.pdf> em 13/10/2014 às 12h.20m.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In Castro, C. A. & Mendonça, A. (Coords.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Barreto, J. (2010). (Prefácio). In Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. (4.ª edição). Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- Caldas, C. A. & Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Caldas, C.A. (2005). O cérebro e as suas funções. In Castro, C. A. & Mendonça, A. (Coords.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Campenhoudt, L. V. (2003). *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*. (1.ª Edição). Lisboa: Gradiva Publicações.
- Carneiro, R. et al. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. (Relatório final). Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica portuguesa. Lisboa.

- Charchat-Fichman, H. (2005). *Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento*. Revista Brasileira Psiquiatria, Volume 27, (79-82), nº 12. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516...script=sci...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516...script=sci...)
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos Portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. (Coords.). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.
- D'Epinay, C. L. (2003). *La retraite et après? Vieillesse entre science et conscience*. (Leçon d'Adieu). Université de Genève: Centre Interfacultaire de Gérontologie et Département de Sociologie, Coll. Questions d'âge, n.º 2.60p.
- Direção Geral de Saúde. Direção de serviços de informação e análise. (2013). *Portugal saúde mental em números – 2013 - Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa. Governo de Portugal, Letra solúvel-Publicidade e Marketing, Lda. Disponível em [www.dgs.pt/...saude/...saude/.../portugal-saude-mental...](http://www.dgs.pt/...saude/...saude/.../portugal-saude-mental...)
- Eco, H. (2010). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. (10.ª Edição). Queluz de Baixo: Editorial Presença.
- Fernandes, L. et al. (2011). *Jornadas de Gerontopsiquiatria*. (1.ª Edição). Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria. Artipol – Artes Gráficas, Lda.
- Fernández-Ballesterosos, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferri, P. C. et al. (2009). Relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Portuguese.pdf>.
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Figueirinha, D., Marques, I. & Simões, J. A, (2012). *Ética na relação do profissional de saúde e idoso nos cuidados continuados*. Revista Portuguesa de Bioética, nº16, 30-66.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento - Uma abordagem psicológica*. (2.ª Edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia científica fundamentos métodos e técnicas*. (3.ª Edição). Lisboa: Instituto Piaget.
- Fundação Aga Khan Portugal. (2008). *Estudo de avaliação das necessidades dos Seniores em Portugal*. (Relatório final). Portugal. Centro de estudos e desenvolvimento regional e urbano (CEDRU) em colaboração com Boston Consulting Group (BCG).
- Garrett, C. (2005). Impacto socioeconómico da doença de Alzheimer. In Castro, C. A. & Mendonça, A. (Coords.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Gil, A. & Mendes, A. (2005). *Situação social dos doentes de Alzheimer: um estudo exploratório*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.



- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6.ª edição). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação*. Cascais: Principia.
- Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da demência. In Castro, C. A. & Mendonça, A. (Coords.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Idáñez, M. J. A. & Ander-Egg, E. (2007). *Diagnóstico Social: conceitos e metodologias*. Porto: Rede Europeia Anti-Pobreza.
- IMERSO. (1995). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Instituto Nacional de Estatística (2007). Revista de estudos demográficos. Lisboa. N.º 40. 1-71.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Projeções de população residente em Portugal 2008 - 2060. *Destaque*. 1-5.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. *Destaque*. 1-7.
- Ladislav, Robert. (1995). *O envelhecimento factos e teorias*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Lage, I. (2008). *Cuidados informais na velhice: o apoio família*. *Rediteia*, nº 41, 41-43.
- Leão, C. et al. (2011). Globalização do envelhecimento – O caso português. Disponível em: [http://www.cepese.pt/portal/investigacao/working-papers/populacao-e-prospectiva/globalizacao-do-envelhecimento-2013-o-caso-portugues/glob-envelhecimento-portugal\\_publicaassapso-cepese](http://www.cepese.pt/portal/investigacao/working-papers/populacao-e-prospectiva/globalizacao-do-envelhecimento-2013-o-caso-portugues/glob-envelhecimento-portugal_publicaassapso-cepese).
- Lemos, M. (2013). Parecer de Iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população. Disponível em: [http://www.ces.pt/download/1359/FINAL\\_completa%20com%20ESTUDO.pdf](http://www.ces.pt/download/1359/FINAL_completa%20com%20ESTUDO.pdf).
- Leuschner, A. (2005a). Os auxílios disponíveis: os serviços de saúde mental. In Castro, C. A. & Mendonça, A. (Coords.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Leuschner, A. (2005b). Política de saúde na área do envelhecimento e da demência. In Castro, C. A. & Mendonça, A. (Coords.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Levy, A. & Ferreira, J. (2003). *Doença de Parkinson, manual prático*. Lisboa. Lidel.
- Macedo, D. et al. (2008). *O lugar do afeto, o afeto pelo lugar: o que dizem os idosos?* Psicologia: teoria e pesquisa. Outubro-Dezembro, vol. 24, n.º 4, pp.441-449.
- Nunes, B. (2005). A Demência em números. In Caldas, C. A. & Mendonça, A. (Coords.) *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Parente, M. A. et al. (2006). *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C. & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia - Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos Portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. (Coords.). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para idosos: Qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Verlag Dashofer.
- Pereira, P. A. P. (2000). *Necessidades humanas - Subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez Editora.
- Petersen, R. C. (2004). *Défice cognitivo ligeiro*. 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phaneuf, M. (2010). O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer. 2.ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. (2.ª Edição). Coimbra: Quarteto.
- Prado, M. A. et al. (2007). *Envelhecimento e Memória: foco na doença de Alzheimer*. Revista Universidade São Paulo, nº 75, pp 42-49.
- Quivy, R. & Campenhout, L. V. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 1.ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados. (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua*. Disponível em: <http://www.uncci.min-saude.pt>.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coord.). (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos*. Coimbra: Mar de Palavra.
- Roest, Henriette G. Van der (2007). *Subjective needs of people with dementia: a review of the literature*. Disponível em [nl.linkedin.com/in/hgvanderroest](http://nl.linkedin.com/in/hgvanderroest) a 11 de agosto de 2014, 16h.00.
- Santana, I. (2005). A doença de alzheimer e outras demências-Diagnóstico diferencial. In Castro, C. A. & Mendonça, A. (Coords.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Schiefer, U., Teixeira, P. J. & Monteiro, S. (2006). *Manual de facilitação para a gestão de eventos e processos participativos*. Cascais: Principia.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sève, L. (2010). *“Para uma terceira idade ativa. O que é «envelhecer bem»?”*. Le Monde Diplomatique, Edição portuguesa. p. 5, documento fotocopiado.

Silva, A. S. & Pinto, A. M. (1986). *Metodologia das ciências Sociais*. 8.ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.

Silvestre, H. C. & Araújo, J. F. (2012). *Metodologia para a Investigação Social*. Lisboa: Escolar Editora.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice*. 1.ª Edição. Lisboa: Âmbar.

Touchon, J. & Portet, F. (2002). *Guia Prático da doença de Alzheimer*. 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Zimerman, G. (2000). *Velhice - aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, Editora Artes Médicas Sul.

### **Legislação utilizada**

Decreto-Lei n.º 10/2006, Diário da República, n.º 109, (Série I -A), de 6 de junho de 2006.

Decreto-Lei n.º 13/2013, Diário da República n.º 18, (1.ª Série), de 25 Janeiro de 2013.

Despacho n.º 9896/2003, Diário da República n.º 115, (2.ª série), de 19/05/2003, de 16 de Abril de 2003.

Lei n.º 4/2007, Diário da República n.º 11, (1.ª Série) de 16 de Janeiro de 2007.

Lei n.º 90/2009, Diário da República n.º 168, (1.ª Série) de 31 de Agosto de 2009.

Portaria n.º 96/2014, diário da república, n.º 85, 1.ª Série, 5 de Maio de 2014.

Lei Constitucional n.º 1/1997 de 20/2009. Constituição da República Portuguesa. (2000). Coimbra: Almedina.

### **Webgrafia**

[http:// www.alzheimerportugal.org](http://www.alzheimerportugal.org)

<http://www.cartasocial.pt>

<http://www.cienciahoje.pt>

<http://www.tvnet.sapo.pt>

<http://www.alert-online.com>

<http://www.maisde50.com.br>

<http://www.dn.pt>

<http://www.ajudas.com>

<http://www.PORDATA.pt>

<http:// www.taniascripiliti.com.br>

## ANEXOS

---

Anexo I - Questionário aos idosos

Anexo II - Questionários aos familiares e/ou principais cuidadores

Anexo III - Documento enviado aos Coordenadores das USF

Anexo IV - Documento enviado às entidades locais, APFADA, Centro Hospitalar

Anexo V - Consentimento informado